Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montérégie

Modèle d'organisation

des réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux

PROPOSITION RELATIVE AU DÉCOUPAGE TERRITORIAL ET À LA COMPOSITION DES INSTANCES LOCALES

Sommaire

MODÈLE D'ORGANISATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

SOMMAIRE

PROPOSITION RELATIVE AU DÉCOUPAGE TERRITORIAL ET À LA COMPOSITION DES INSTANCES LOCALES

DOCUMENT FINAL

Version du 5 mai à 15h00

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF 4

LES PROPOSITIONS : 5

LES FONDEMENTS DE LA DÉCISION 8

SOUS-RÉGION DE SOREL 11

SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE 11

SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN 12

SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY 12

SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA 13

SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL 14

SOUS-RÉGION DU SUROÎT 15

RÉUNIR LES CONDITIONS DE RÉUSSITE 18

CONCLUSION 21

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie publie dans ce rapport sa proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales pour notre région, conformément aux prescriptions du Ministre dans la foulée de l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25).

Après avoir rappelé les principales caractéristiques de la population, de ses besoins sociosanitaires et du réseau montérégien, on présente la démarche de mobilisation adoptée afin d'élaborer la proposition de l'Agence. Cette démarche a permis de rencontrer plus de 2 000 personnes issues du réseau, des milieux partenaires et de la population et aussi de recevoir près de 100 mémoires et présentations au cours de 25 heures d'audiences publiques tenues par le conseil d'administration dans chacune des sous-régions de la Montérégie de même qu'au niveau régional. Les critères et les divers outils d'aide à la décision utilisés sont également exposés.

L'Agence recommande la création de dix réseaux locaux de services en Montérégie. Chacune des instances locales proposées regroupe systématiquement au moins un établissement porteur d'une mission CLSC, CHSLD et CHSGS, à l'exception du réseau local dont fait partie l'Hôpital Charles LeMoyne qui conserve une gouverne différenciée en vertu de la règle d'exception liée à la complexité prévue dans la loi. Un projet de maillage étroit devra se réaliser entre ce dernier hôpital et son réseau local d'appartenance. De plus, l'élaboration à court terme d'un plan de complémentarité entre les deux réseaux de la sous-région de Longueuil fait l'objet d'une recommandation de l'Agence. Plusieurs ententes de services à établir sont également identifiées afin d'assurer une desserte appropriée de la population, étant donné la grande mobilité documentée dans la région relativement aux habitudes d'utilisation des services hospitaliers. Des ententes de services seront aussi à établir avec la région montréalaise, et ce, en priorité pour la population desservie par le réseau local regroupant les territoires de CLSC Seigneurie de Beauharnois et La Presqu'île. La mise en place d'un centre ambulatoire dans le secteur de Vaudreuil est enfin recommandée par l'Agence.

La proposition mise de l'avant a fait l'objet d'une résolution unanime des membres du conseil d'administration de l'Agence. Ces derniers estiment, au terme d'un processus d'analyse rigoureux et de délibérations approfondies, que la proposition retenue est celle qui offre la meilleure garantie de services à la population de la région, dans la perspective d'exercer la responsabilité populationnelle prescrite par la loi, aux niveaux local et régional.

La mise en œuvre de cette proposition, advenant qu'elle soit dûment acceptée par les autorités gouvernementales, exigera de réunir plusieurs conditions de réussite évoquées dans le rapport qui contribueront à faciliter la collaboration recherchée et, ainsi, obtenir un impact plus significatif sur la santé de la population.

L'un des enjeux cruciaux pour le succès des réseaux locaux de services résidera dans la capacité des acteurs à se donner une nouvelle « mission locale de proximité » qui permettra le développement d'une offre globale de service intégré, regroupant en un tout cohérent un continuum équilibré d'interventions de prévention, de services de première ligne, de services spécialisés, de réadaptation et de soutien. En s'appuyant sur un leadership local renouvelé, voilà le défi mobilisateur que l'Agence est confiante de pouvoir relever au cours des phases ultérieures de ce projet.

LES PROPOSITIONS

L'Agence a réalisé la première phase de son projet de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux relativement à la délimitation territoriale des réseaux locaux de services et à la composition de l'instance locale. Nous présentons dans ce chapitre les propositions que le conseil d'administration, au terme de ses consultations et délibérations, a choisi de recommander au ministre.

La démarche d'information et de consultation de l'Agence a clairement mis en évidence la très forte adhésion des partenaires locaux et régionaux aux objectifs d'intégration des services et de rapprochement de la prise de décision des citoyens. Cependant, la consultation a mis en lumière des divergences marquées quant aux moyens pour atteindre ces objectifs. Au risque de simplifier une réalité forcément plus nuancée, il est possible de camper sommairement les positions généralement tenues par les principales parties prenantes : des médecins et professionnels qui appuient fortement l'objectif de renforcer l'intégration des services; des CLSC inquiets qui craignent l'impact négatif d'une fusion sur leur mission préventive et de première ligne; des hôpitaux ouverts à une nouvelle complicité locale mais qui craignent un affaiblissement de leur mission spécialisée au profit des centres régionaux et suprarégionaux; un secteur de l'hébergement globalement à l'aise avec le rapprochement organisationnel proposé; des organismes communautaires qui, unanimement, appréhendent ce qu'ils perçoivent comme une menace à leur financement et à leur autonomie; des organismes régionaux désireux de s'arrimer avec les nouvelles instances locales; des partenaires multi-sectoriels à la recherche d'une plus grande cohérence locale; des milieux universitaires qui affichent de grands besoins par rapport à la contribution de la Montérégie comme milieu de formation clinique; des milieux syndicaux qui refusent globalement le changement proposé et qui affichent clairement leur volonté d'y résister activement.

Il importe de souligner ici que plusieurs représentants des milieux concernés ont exprimé des réserves sur le processus qui était perçu comme un changement majeur difficile de moduler ou d'aménager en fonction des couleurs locales. Les changements appréhendés qui découleront de l'application de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic suscitent également de nombreuses craintes. D'autres acteurs, moins nombreux, ont affirmé quant à eux que la transformation proposée s'imposait depuis longtemps et qu'il faut travailler activement à sa mise en œuvre dans les meilleurs délais.

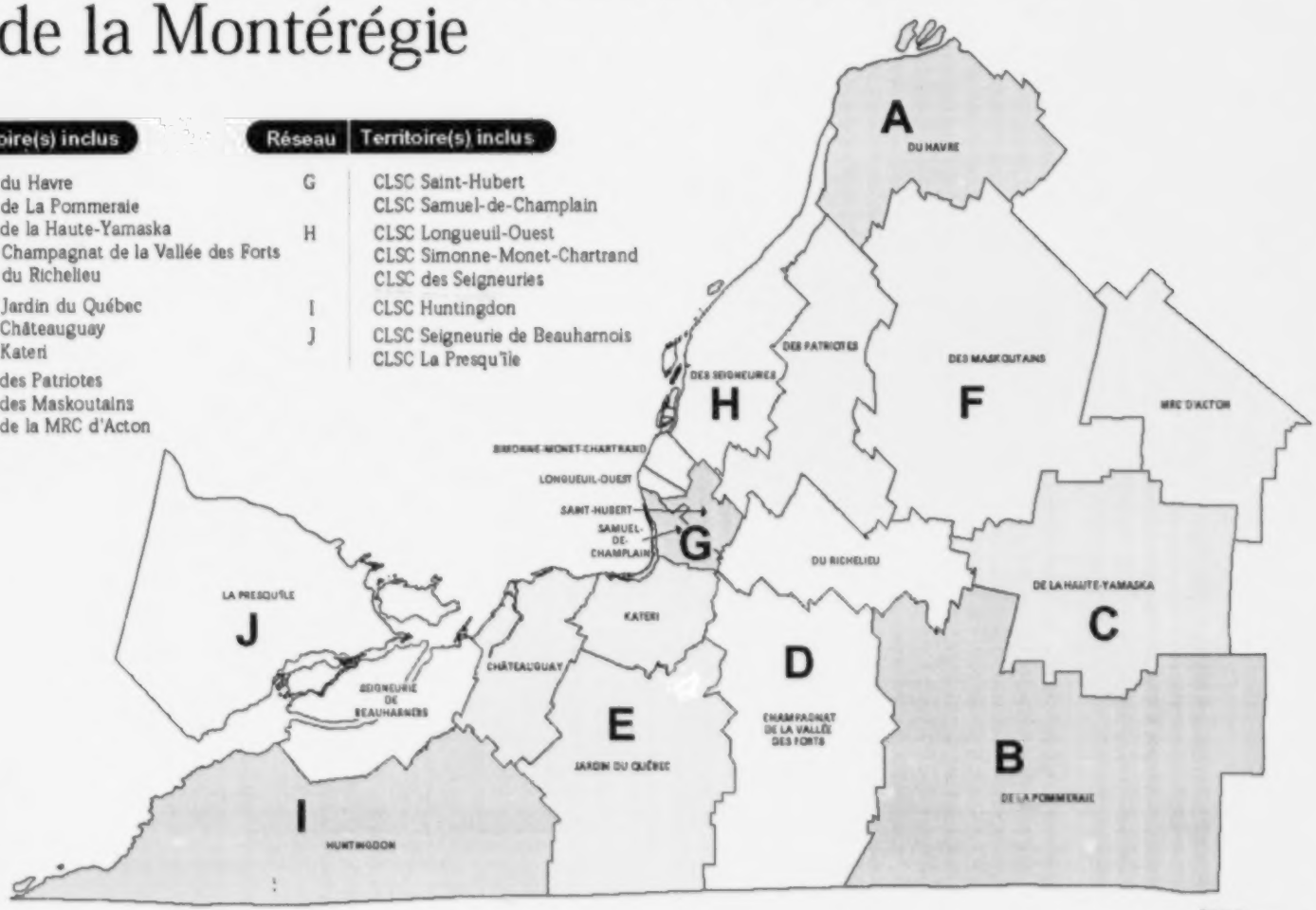
Sur la base de ces nombreux points de vue exprimés par des acteurs de partout sur le territoire de la Montérégie, le conseil d'administration a fait le point sur les options possibles, avec leurs avantages et leurs désavantages respectifs. Toutes les options soumises à la consultation étaient recevables et les arguments soulevés par les partenaires forts pertinents.

Ainsi, après avoir considéré les différentes situations locales particulières et après avoir discuté à fond les nombreux arguments mis de l'avant tout au long de la consultation, le conseil retient, pour chacun des réseaux locaux de services en Montérégie, la proposition d'un rapprochement organisationnel étroit de chacune des trois missions (CH, CLSC, CHSLD) au sein de chacun des réseaux locaux de services. Ce scénario apparaît, après analyse et en conformité avec l'esprit de la loi, celui qui offre la meilleure garantie pour une gamme élargie de services au bénéfice de la population de la Montérégie.

En conséquence, les membres du conseil se rallient unanimement à la proposition de créer dans la région dix réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et ils en font solidairement la recommandation formelle au ministre. La carte régionale et le tableau synthèse résument les propositions retenues.

Réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec CLSC Châteauguay CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes CLSC des Maskoutains CLSC de la MRC d'Acton
G	CLSC Saint-Hubert CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île



Québec

Réseau par territoire de CLSC	Population desservie	% de la Montérégie	Taux d'accroissement de la population (2001-2011)	Superficie totale du territoire	Densité de la population	Établissements de l'instance locale	Autres établissements (mode d'implication des établissements régionaux à définir)	Org. communautaires	Cliniques médicales	Médecins omnipraticiens (en ETP)	Lits de courte durée	Lits de longue durée	RNI-PAPA	Dépenses en $ (établissements de l'instance)	Dépenses globales en $ (établissements de l'instance)	Nbre total d'employés dans l'instance locale (en ETP)
A du Havre	50 773	3,83 %	-8,45 %	593 km²	86 / km²	CLSC du Havre CHSLD du Bas-Richelieu Hôtel-Dieu de Sorel	Résidence Sorel-Tracy Inc.	31	14	44,6	134	294	87	Mission CLSC : 9 081 166 Mission CHSLD : 18 165 459 Mission CH : 45 122 146	71 368 773	1 118,9
B de La Pommeraie	50 467	3,81 %	0,78 %	1 548 km²	33 / km²	CLSC-CHSLD de La Pommeraie Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		35	8	58,9	79	260	10	Mission CLSC : 10 036 096 Mission CHSLD : 15 359 693 Mission CH : 27 994 406	53 390 195	805,5
C Haute-Yamaska	84 248	6,36 %	4,65 %	755 km²	112 / km²	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska CH de Granby	Centre gériatrique Courville Inc.	32	12	75,8	112	321	47	Mission CLSC : 11 125 191 Mission CHSLD : 9 717 547 Mission CH : 55 537 268 *(avec lits LD)*	76 380 006	1 195,6
D Champagnat de la Vallée des Forts, du Richelieu	154 032	11,63 %	2,72 %	1 491 km²	103 / km²	CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu Hôpital du Haut-Richelieu Centre Rouville		54	26	127,8	267	580	150	Mission CLSC : 23 769 842 Mission CHSLD : 21 549 751 Mission CH : 95 909 224 *(avec lits LD)*	141 228 817	1 921,9
E Jardin du Québec, Châteauguay, Kateri	178 991	13,5 %	6,3 %	1 220 km²	147 / km²	CLSC Kateri CLSC Châteauguay CLSC Jardin du Québec CHSLD Trèfle d'Or CH Anna-Laberge	CHSLD Jean-Louis Lapierre Inc. Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay Florence Groulx Inc.	45	21	125	201	542	98	Mission CLSC : 22 456 620 Mission CHSLD : 17 908 850 Mission CH : 63 829 436	104 194 906	1 473,7
F des Patriotes, des Maskoutains, de la MRC d'Acton	192 754	14,55 %	3,16 %	2 405 km²	80 / km²	CLSC-CHSLD des Maskoutains CLSC-CHSLD des Patriotes CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement Champlain-Beloeil Accueil du Rivage Inc.	69	26	151,6	202	846	131	Mission CLSC : 25 509 543 Mission CHSLD : 21 996 835 Mission CH : 108 541 297 *(avec lits LD)*	156 047 675	2 431,7
G Saint-Hubert, Samuel-de-Champlain	194 659	14,69 %	6,0 %	269 km²	724 / km²	CLSC Samuel-de-Champlain CLSC Saint-Hubert CHSLD de la MRC de Champlain	CA Marcelle Ferron Vigi Santé Ltée Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	42	32	108,4		669	34	Mission CLSC : 24 909 797 Mission CHSLD : 20 081 135	44 990 932	678,3
							Hôpital Charles LeMoyne			44,8	335			Mission CH : 135 246 290		2004,3
H Longueuil-Ouest, Simonne-Monet-Chartrand, des Seigneuries	234 468	17,69 %	2,89 %	457 km²	513 / km²	CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC Longueuil-Ouest CLSC des Seigneuries Centres d'hébergement de Longueuil CHSLD du Littoral CH Pierre-Boucher		82	41	214,8	295	885	123	Mission CLSC : 28 277 713 Mission CHSLD : 50 486 741 Mission CH : 84 688 915	163 453 369	2 636,7
I Huntingdon	24 808	1,87 %	- 0,12 %	1 146 km²	22 / km²	CSSS du Haut-Saint-Laurent (CLSC Huntingdon, CH du comté de Huntingdon, Hôp. Barne-Memorial)		13	5	14,9	42	124	15	Mission CLSC : 4 288 221 Mission CHSLD : 3 663 232 Mission CH : 8 060 055	16 011 508	258,1
J Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'île	159 539	12,04 %	6,47 %	1 314 km²	121 / km²	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île Centres du Haut Saint-Laurent CHSLD Des Trois-Rives CH Régional du Suroît		62	21	107,9	175	645	87	Mission CLSC : 21 677 647 Mission CHSLD : 39 185 322 Mission CH : 58 023 155 *(avec lits LD)*	118 886 124	1 871,4

Réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec CLSC Châteauguay CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes CLSC des Maskoutains CLSC de la MRC d'Acton

Réseau	Territoire(s) inclus
G	CLSC Saint-Hubert CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réseau par territoire de CLSC	Population desservie	% de la Montérégie	Taux d'accroissement de la population (2001-2011)	Superficie totale du territoire	Densité de la population	Établissements de l'installation locale	Autres établissements (sources d'implication des médecins de ces établissements répertoriées à l'étape 1)	Org. communautaires	Cliniques médicales	Médecins omnipraticiens (en ETP)	Lits de courte durée	Lits de longue durée	RI-RTF-APA	Dépenses en $ (établissements de l'installation)	Dépenses globales en $ (établissements de l'installation)	N^bre total d'omnipraticiens (en ETP)
A du Havre	50 773	3,83 %	-8,45 %	593 km²	86 / km²	CLSC du Havre CHSLD du Bas-Richelieu Hôtel-Dieu de Sorel	Résidence Sorel-Tracy Inc	31	14	44,6	134	294	87	Mission CLSC : 3 081 186 Mission CHSLD : 18 165 459 Mission CH : 45 122 148	71 368 773	1 118,9
B de La Pommeraie	50 467	3,81 %	0,78 %	1 548 km²	33 / km²	CLSC-CHSLD de La Pommeraie Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		35	8	58,9	79	260	10	Mission CLSC : 10 036 096 Mission CHSLD : 15 359 693 Mission CH : 27 994 406	53 330 195	805,5
C Haute-Yamaska	84 248	6,36 %	4,65 %	755 km²	112 / km²	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska CH de Granby	Centre gériatrique Courville Inc	32	12	75,8	112	321	47	Mission CLSC : 11 125 131 Mission CHSLD : 9 717 547 Mission CH : 55 537 268 *(avec lits LD)*	76 380 006	1 195,6
D Champagnat de la Vallée des Forts, du Richelieu	154 032	11,63 %	2,72 %	1 491 km²	103 / km²	CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu Hôpital du Haut-Richelieu Centre Rouville		54	26	127,8	267	580	150	Mission CLSC : 23 769 842 Mission CHSLD : 21 549 751 Mission CH : 95 909 224 *(avec lits LD)*	141 228 817	1 921,9
E Jardin du Quebec, Châteauguay, Kateri	178 991	13,5 %	6,3 %	1 220 km²	147 / km²	CLSC Kateri CLSC Châteauguay CLSC Jardin du Québec CHSLD Trèfle d'Or CH Anna-Laberge	CHSLD Jean-Louis Lapierre Inc Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay Florence Groulx Inc	45	21	125	201	542	98	Mission CLSC : 22 456 620 Mission CHSLD : 17 908 850 Mission CH : 63 829 436	104 194 906	1 473,7
F des Patriotes, des Maskoutains, de la MRC d'Acton	192 754	14,55 %	3,16 %	2 405 km²	80 / km²	CLSC-CHSLD des Maskoutains CLSC-CHSLD des Patriotes CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement Champlain-Beloeil Accueil du Rivage Inc	69	26	151,6	202	846	131	Mission CLSC : 25 509 543 Mission CHSLD : 21 996 835 Mission CH : 108 541 297 *(avec lits LD)*	156 047 675	2 431,7
G Saint-Hubert, Samuel-de-Champlain	194 659	14,69 %	6,0 %	269 km²	724 / km²	CLSC Samuel-de-Champlain CLSC Saint-Hubert CHSLD de la MRC de Champlain	CA Marcelle Ferron Vigi Santé Ltée Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	42	32	108,4		669	34	Mission CLSC : 24 909 797 Mission CHSLD : 20 081 135	44 990 932	678,3
							Hôpital Charles LeMoyne			44,8	335			Mission CH : 135 246 290		2004,3
H Longueuil-Ouest, Simonne-Monet-Chartrand, des Seigneuries	234 488	17,69 %	2,89 %	457 km²	513 / km²	CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC Longueuil-Ouest CLSC des Seigneuries Centres d'hébergement de Longueuil CHSLD du Littoral CH Pierre-Boucher		82	41	214,8	295	885	123	Mission CLSC : 28 277 713 Mission CHSLD : 50 486 741 Mission CH : 84 688 915	163 453 369	2 636,7
I Huntingdon	34 809	1,87 %	-0,12 %	1 146 km²	22 / km²	CSSS du Haut-Saint-Laurent (CLSC Huntingdon, CH du comté de Huntingdon, Hôp. Barne-Memorial)		13	5	14,9	42	124	15	Mission CLSC : 4 288 221 Mission CHSLD : 3 663 232 Mission CH : 8 060 055	16 011 508	258,1
J Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'île	159 539	12,04 %	6,47 %	1 314 km²	121 / km²	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île Centres du Haut Saint-Laurent CHSLD Des Trois-Rives CH Régional du Suroît		62	21	107,9	175	645	87	Mission CLSC : 21 677 647 Mission CHSLD : 39 185 322 Mission CH : 58 023 155 *(avec lits LD)*	118 886 124	1 871,4

LES FONDEMENTS DE LA DÉCISION

Responsabilité populationnelle -

La vision novatrice de l'offre de service local prescrite par la loi 25 nous renvoie d'abord à l'interprétation de la notion de responsabilité populationnelle. Aux yeux de l'Agence, cette notion repose sur un engagement ferme de la part des dirigeants et des intervenants à prendre leurs décisions de manière à produire l'impact le plus favorable possible sur la santé de la population de leur territoire. Selon ce point de vue, l'amélioration de la santé de la population dont nous sommes responsables constitue l'objectif supérieur et la finalité de l'action. La notion de responsabilité populationnelle repose également sur l'acceptation par les acteurs d'une imputabilité face à cette même population quant aux choix effectués et aux résultats obtenus.

Dans l'esprit des membres du conseil d'administration, cette notion a deux implications *sine qua non* pour la Montérégie. En premier lieu, l'Agence est d'abord elle-même porteuse d'une responsabilité populationnelle face aux citoyens de la Montérégie et doit donc, en conséquence, assurer sur son territoire une couverture de services maximale en réponse aux besoins de services généraux et spécialisés de sa population. Deuxièmement, les réseaux locaux de services sont également porteurs d'une responsabilité populationnelle face aux personnes qui vivent, résident ou travaillent sur leur territoire, et doivent rendre accessible une offre de service de base qui fait appel à l'ensemble des missions CLSC, CHSLD et CHSGS de même qu'à la contribution active de leurs partenaires publics, communautaires et privés du palier local. Le préambule du projet de loi prévoit à cet effet que chacun des réseaux locaux doit comprendre une instance locale regroupant les établissements identifiés par l'Agence qui offrent les services d'un CLSC, d'un CHSLD et, sauf exception, ceux d'un centre hospitalier.

C'est sur la base de cette interprétation de la responsabilité populationnelle que le conseil d'administration préconise une définition des réseaux locaux de services qui privilégie d'abord de servir la population de la Montérégie dans son territoire et dans sa région. Cette orientation explique la décision de réunir le territoire de La Presqu'île avec celui de Seigneurie de Beauharnois, de manière à éviter une trop forte dépendance à la région de Montréal pour les services hospitaliers non présents sur le territoire de La Presqu'île et à réaliser en Montérégie le développement de services requis pour cette sous-région. C'est également en vertu de cette même orientation que le conseil n'a pas cru bon de constituer des réseaux locaux de services sans hôpitaux.

Toutefois, compte tenu de la mobilité importante de la population relativement à son utilisation de services et puisque chaque citoyen pourra continuer d'aller à l'établissement de son choix, il faudra d'abord, une fois les réseaux locaux de services dûment constitués, adopter les ententes de services nécessaires entre les réseaux locaux afin d'assurer un accès approprié aux populations dont les habitudes d'utilisation se font en faveur de réseaux autres que leur réseau local d'appartenance. On pense, par exemple, aux résidents des municipalités de St-Bruno, Saint-Basile-le-Grand, Napiervielle, St-Césaire, Waterloo ou Contrecoeur, pour n'en nommer que quelques-unes. Il pourrait même être nécessaire de revoir la délimitation de certains territoires, mais cela ne pourra être considéré que dans un deuxième temps.

Il deviendra également impératif d'harmoniser l'offre de service entre les réseaux locaux de services. Les cinq orientations prioritaires du Plan stratégique triennal, incluant celles du Plan d'action régional de santé publique, constitueront le cadre de référence pour ce faire. Cet impératif d'harmonisation de l'offre de service constitue l'un des facteurs qui milite en faveur d'une gouverne régionale forte, notamment au niveau de l'élaboration du projet clinique.

Notion de complexité

Un autre enjeu important relativement à l'interprétation de la loi dans le contexte montérégien avait trait à la notion de « complexité », en vertu de laquelle il peut être justifié qu'un établissement hospitalier ne soit pas inclus dans l'instance locale. Dans le texte de loi, la notion de complexité réfère à « l'étendue du territoire desservi par l'établissement, au nombre ou à la capacité des installations qui s'y trouvent, à la provenance ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie ».

En pratique, un jugement « dichotomique » devait être posé par le conseil d'administration relativement au critère de complexité : un établissement est ou n'est pas complexe. Mais la réalité est plus nuancée, particulièrement en Montérégie, puisque la plupart de nos hôpitaux se situent tous à un niveau relativement élevé de complexité. En effet, la taille des établissements, le budget et le volume d'activités, le nombre de disciplines et de spécialités médicales présentes, l'offre de service spécialisé, le degré de participation à des activités de recherche et d'enseignement, bref, un ensemble de facteurs font en sorte qu'une majorité des établissements hospitaliers en Montérégie ont des profils de complexité nettement supérieurs à la moyenne québécoise.

C'est pourquoi nous avons analysé plus à fond les caractéristiques des centres hospitaliers de la région. Nous avons ainsi pu déterminer que la majorité des centres atteint un certain niveau de complexité mais que seul l'Hôpital Charles LeMoyne se démarque vraiment des autres. Par ailleurs, les autres centres hospitaliers de la région se situent à des niveaux de complexité comparables à ceux des centres hospitaliers qui font l'objet d'une fusion dans d'autres régions. Enfin, les résultats de l'étude de préfaisabilité d'une fusion entre le CH Pierre-Boucher et l'Hôpital Charles LeMoyne ont amené le conseil à prendre la décision de ne pas poursuivre en ce sens. En définitive, seul l'Hôpital Charles LeMoyne rencontre donc, en pratique, les critères de complexité et sera conséquemment exclu de l'instance locale. Toutefois, il devra demeurer un partenaire fort d'un réseau local solidement maillé avec l'instance locale définie.

Soulignons un dernier point essentiel à l'exercice de la mission hospitalière en Montérégie, à savoir la nécessité d'accroître la complémentarité entre les centres hospitaliers Pierre-Boucher et Charles LeMoyne. Le conseil d'administration estime qu'il faut mettre un terme à la dynamique peu productive de compétition qui a prévalu longtemps entre les deux institutions et, comme le souhaitent les dirigeants en place, préconise plutôt de renforcer leur contribution respective dans une optique de complémentarité. Plus spécifiquement, il sera nécessaire d'accroître la complémentarité de la programmation d'ensemble des deux établissements. Le conseil d'administration est d'avis que l'Agence devra jouer un rôle central en ce sens en misant sur les forces respectives afin de rehausser la capacité de l'offre de service en Montérégie. Il faudra à cet effet élaborer un plan de complémentarité relativement à l'utilisation des plateaux de services, incluant le centre ambulatoire, à la dispensation des services généraux, spécialisés et ultra spécialisés ainsi qu'à l'actualisation de la mission universitaire, prioritairement avec l'université la plus active dans la région, soit l'Université de Sherbrooke.

Faire converger les logiques populationnelle et organisationnelle

Les membres du conseil d'administration appuient unanimement la création de réseaux locaux de services de telle manière qu'ils regroupent l'ensemble des missions CLSC, CHSLD et CHSGS sur un territoire défini, conformément à l'option A soumise à la consultation. Ainsi que nous l'avons expliqué précédemment, en raison de la complexité de l'Hôpital Charles LeMoyne, ce dernier conserve une gouverne différenciée dans le cadre d'un projet de maillage étroit avec son réseau local d'appartenance.

Une telle approche apparaît, au terme de la consultation et des délibérations qui ont suivi, plus fidèle à l'esprit de la loi et plus susceptible de permettre l'intégration recherchée. À l'inverse, l'absence

d'un CH dans l'instance locale aurait pu compromettre la capacité du réseau local d'offrir à la population dont il est responsable, la large gamme de services généraux et spécialisés visée dans la loi. L'option d'intégrer complètement les trois missions au sein de l'instance locale est, selon ce point de vue, celle qui permettra le mieux au conseil d'administration local de mobiliser l'ensemble des leviers de l'intégration au bénéfice de la population, tout en réduisant au minimum les coûts afférents aux processus de contractualisation et de gestion des ententes de services. Elle fournira, en outre, des masses critiques plus importantes, tant au point de vue des ressources et de l'expertise disponible que de la taille de la population à desservir.

Donnée également significative : l'approche retenue par l'Agence prévient l'accentuation des iniquités intrarégionales relativement au niveau des ressources des différents territoires. En effet, selon le scénario découlant de l'option B, des instances locales sans hôpitaux auraient dû desservir des collectivités actuellement plus favorisées et plus jeunes que celles des autres territoires, mais dont le vieillissement de la population se fera sentir de manière plus rapide au cours des prochaines années. Ces instances locales sans hôpitaux auraient été relativement moins bien pourvues en ressources avec pour conséquence possible de créer un incitatif pour le développement de nouvelles installations hospitalières dans leurs territoires locaux, tout en fragilisant l'infrastructure actuellement en place au niveau hospitalier dans le reste de la région.

Mais l'option retenue comporte certains inconvénients avec lesquels il faudra composer. La fusion des trois missions au sein d'une instance locale impliquera en effet la création d'organisations de grande taille ainsi que des changements organisationnels significatifs, incluant la redéfinition des rôles et responsabilités d'un grand nombre d'intervenants et des coûts administratifs de transition. Les résultats mitigés de certains processus de fusion dans le passé en inquiètent plusieurs. Il faut toutefois souligner que si les fusions horizontales d'établissements de même mission sont généralement ardues, les fusions verticales d'établissements dont les missions sont complémentaires apportent généralement des résultats plus probants.

Ce nouveau cadre organisationnel complexe, comportant une affectation des personnels dans de nombreux pavillons, pourrait d'autre part amener une plus grande distance entre les décideurs et le personnel, avec des risques d'une déshumanisation de la gestion. Clairement, les enjeux relatifs à la mobilisation des ressources dans le contexte de la mise en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic devront faire l'objet d'une attention soutenue de la part des dirigeants et des instances syndicales.

Comme l'ont fait remarquer le Forum de la population, plusieurs CLSC et organismes communautaires ainsi que certains acteurs municipaux, le scénario privilégié par le conseil d'administration rendra nécessaire l'établissement de modalités afin d'assurer l'appropriation, la participation active et l'exercice d'un leadership de la part de la population, en vue de conférer aux collectivités locales le pouvoir nécessaire à la prise en compte de leurs besoins et de leurs préférences dans le processus décisionnel. La création de réseaux locaux de services en Montérégie devra s'accompagner de mesures novatrices de participation des citoyens de même que des professionnels et médecins. Ces mesures restent à définir concrètement, mais le message de la consultation à cet égard était clair et il a été entendu. Il s'agira là d'un des défis prioritaires à relever par les acteurs locaux dans le cadre des étapes subséquentes du projet de développement des réseaux locaux de services.

SOUS-RÉGION DE SOREL

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC DU HAVRE (A)

Que le réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC du Havre et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC du Havre, Les CHSLD du Bas-Richelieu et l'Hôtel-Dieu de Sorel.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les enjeux propres à ce réseau local de services sont reliés à sa situation géographique en lien avec la capacité à attirer et à garder les professionnels de la santé requis, ainsi qu'avec un pourcentage de population âgée le plus élevé comparativement à celui du reste de la Montérégie et du Québec.

Le réseautage des services généraux et préventifs à l'échelle de l'ensemble du territoire proposé est aussi un enjeu qui pourra par ailleurs être abordé en misant sur une tradition de collaboration et des réussites probantes au niveau sociocommunautaire.

❖❖❖❖

SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC DE LA POMMERAIE (B)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC de La Pommeraie et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC-CHSLD de La Pommeraie et l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins.

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC DE LA HAUTE-YAMASKA (C)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC de la Haute-Yamaska et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska et le Centre hospitalier de Granby.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

La bonne réceptivité des acteurs locaux face à la recommandation de l'Agence et leur volonté d'aller rapidement de l'avant dans son actualisation situent un premier enjeu au niveau de la capacité qu'auront les établissements visés par les fusions à réaliser celles-ci en assurant l'intégration des différentes missions tout en maintenant l'offre de service dans le territoire.

De plus, comme les acteurs du milieu l'ont exprimé, un deuxième enjeu lié à l'établissement de ces deux réseaux locaux sera de maintenir, voire même de développer, la complémentarité nécessaire entre ceux-ci pour assurer l'accessibilité à des ressources spécialisées sur les deux territoires ou auprès d'autres établissements de la Montérégie.

SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC CHAMPAGNAT DE LA VALLÉE DES FORTS ET DU RICHELIEU (D)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Champagnat de la Vallée des Forts et du Richelieu, et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit les CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts, le CLSC Richelieu et Centre Rouville, l'Hôpital du Haut-Richelieu.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les principaux enjeux liés à cette option sont en lien avec l'étendue géographique du territoire proposé et les habitudes d'utilisation de services de la population. Géographiquement, le territoire proposé longe les rives de la rivière Richelieu et possède une forme allongée. Pour cette raison, les populations situées aux extrémités ont un moins grand sentiment d'appartenance envers ce territoire. Aussi, ces mêmes populations utilisent en partie les services de santé offerts dans d'autres territoires (CH).

Le réseau local créé sur cette base géographique devra en tenir compte pour assurer la meilleure accessibilité et continuité de services pour l'ensemble de sa population.

❖❖❖❖

SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC KATERI, CHÂTEAUGUAY ET JARDIN DU QUÉBEC (E)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Kateri, Châteauguay et Jardin du Québec et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Kateri, le CLSC Châteauguay, le CLSC Jardin du Québec, Les CHSLD Trèfle d'Or et le Centre hospitalier Anna-Laberge.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Rappelons ici que les représentants des CLSC-CHSLD de la sous-région avaient mis de l'avant dans le cadre des audiences la suggestion que l'Agence accorde aux partenaires locaux une période de deux ans afin de leur permettre de faire la preuve qu'ils pouvaient atteindre les résultats visés par la loi 25 au regard de l'intégration de leurs activités, sans avoir à procéder à une fusion proprement dite. Après vérification auprès des autorités ministérielles, cette avenue n'a pas été jugée recevable.

Rappelons également que l'évaluation de la complexité de l'activité hospitalière du Centre hospitalier Anna-Laberge ne qualifiait pas l'établissement pour une exclusion de l'instance locale en vertu du critère de complexité.

Les enjeux liés à cette option sont principalement rattachés à l'opposition marquée des acteurs de première ligne et communautaires à la création de l'instance locale incluant le centre hospitalier. Malgré un historique très positif de collaboration entre tous les établissements du territoire, cette opposition fortement exprimée lors des audiences publiques tenues par l'Agence pourrait, si les acteurs restent sur leurs positions, présager d'importantes difficultés d'intégration des services.

❖❖❖❖

SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC DES MASKOUTAINS, DE LA MRC D'ACTON ET DES PATRIOTES (F)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC des Maskoutains, de la MRC d'Acton et des Patriotes et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC-CHSLD des Patriotes, le CLSC-CHSLD des Maskoutains, le CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les enjeux de la mise en place de ce réseau local sont reliés aux habitudes de consommation de services de la population d'une partie du territoire proposé, à la concordance du territoire proposé et aux souhaits exprimés par cette même population ainsi qu'à son sentiment d'appartenance.

Le réseau local développé sur la base de cette recommandation devra tenir compte de cette portion importante de sa population qui consomme ses services auprès de divers établissements de santé ailleurs que dans le territoire proposé. De plus, par rapport à l'offre de service de première ligne, il sera nécessaire de tenir compte du portrait sociodémographique et de santé très hétérogène des territoires de CLSC constituant le nouveau réseau local.

Il sera particulièrement important de porter une attention spécifique à la population des secteurs de Saint-Bruno-de-Montarville et de Saint-Basile-le-Grand dont l'utilisation des services hospitaliers s'effectue essentiellement à Longueuil et Montréal. Des ententes de services devront être élaborées avec les réseaux locaux de la sous-région de Longueuil.

Recommandation additionnelle

Pour faire en sorte que la population des secteurs de Saint-Bruno-de-Montarville et de Saint-Basile-le-Grand ne soit lésée en aucune façon dans ses habitudes de consommation de services, il faudra établir à court terme des ententes de services avec les réseaux locaux de Longueuil pour lui garantir l'accès aux services.

❖❖❖❖

SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC SAMUEL DE CHAMPLAIN ET SAINT-HUBERT (G)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert, et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Samuel-de-Champlain, le CLSC Saint-Hubert, Les CHSLD de la MRC de Champlain, à l'exclusion de l'Hôpital Charles LeMoyne, étant donné qu'il s'agit d'un établissement à vocation universitaire comptant un centre de recherche et plusieurs programmes régionaux et, qu'en conséquence, il satisfait aux critères de complexité définis par la loi.

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC SIMONNE-MONET-CHARTRAND, LONGUEUIL-OUEST ET DES SEIGNEURIES (H)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Seigneuries, et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Simonne-Monet-Chartrand, le CLSC Longueuil-Ouest, le CLSC des Seigneuries, Les CHSLD du Littoral, Les Centres d'hébergement de Longueuil et le Centre hospitalier Pierre-Boucher, puisque ce dernier ne satisfait pas aux critères de complexité.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les enjeux particuliers de ces deux réseaux locaux de services sont reliés principalement aux éléments suivants :

- *L'Hôpital Charles LeMoyne est exclu de l'instance de son réseau local d'appartenance compte tenu de son statut, reconnu par l'Agence, de centre hospitalier affilié universitaire à vocation régionale, ce qui lui permet de conserver sa propre gouverne. Le Centre hospitalier Pierre-Boucher fait, quant à lui, partie de l'instance de son réseau local bien qu'ayant des activités à caractère régional.*

Ces deux centres hospitaliers offrent, par ailleurs, des services médicaux complémentaires aux populations des deux réseaux locaux proposés.

- La population de ces deux réseaux locaux se caractérise, entre autres, par une très grande mobilité quant à l'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, deux enjeux propres du réseau local de services des territoires de CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Seigneuries sont reliés aux deux principaux éléments invoqués dans l'argumentation des acteurs qui se sont prononcés contre cette option, soit:

- Une différence significative entre le profil sociodémographique de la population du territoire des Seigneuries versus celui de la population des territoires Simonne-Monet-Chartrand et Longueuil-Ouest que l'on devra prendre en compte dans le « projet d'intervention locale ».
- La présence du Centre hospitalier Pierre-Boucher au sein de l'instance locale qui posera un défi particulier au niveau de la taille de l'établissement ainsi créé qui nécessitera des stratégies particulières notamment au chapitre de la mobilisation des ressources humaines.

Même avec les ententes de services qui, de façon incontournable, devront être convenues pour assurer un maillage étroit entre HCLM et son réseau local d'appartenance ainsi qu'entre les deux réseaux locaux, un risque important subsiste quant à la capacité de ces deux réseaux locaux d'assumer pleinement et de façon cohérente leur responsabilité populationnelle. Des mesures

précises devront être prises pour établir un équilibre et garantir un fonctionnement de type réseau de services à l'échelle de la sous-région de Longueuil.

Recommandations additionnelles

Avec la collaboration des centres hospitaliers Pierre-Boucher et Charles LeMoyne, et dans les plus brefs délais, que l'Agence initie et voie à la réalisation d'un plan de complémentarité entre ces deux hôpitaux ayant comme principaux objectifs :

- *optimiser l'utilisation des plateaux de services;*
- *convenir des responsabilités respectives quant à la dispensation des services pour la population de la sous-région de Longueuil;*
- *convenir des contributions respectives à l'actualisation de la mission universitaire prioritairement en lien avec l'Université de Sherbrooke;*
- *convenir des responsabilités respectives quant à certains programmes régionaux*

Ce plan devra être élaboré et mis en œuvre en respectant le profil général de services de ces établissements et en misant sur leurs forces cliniques en place et leurs services régionaux.

Au terme de l'actualisation des transformations de la gouverne, soit en juillet 2004, dans un souci de continuité, l'Agence devra poursuivre les travaux visant cette complémentarité en mettant de l'avant et en pilotant une structure de concertation où siégeront avec une représentation équitable, les représentants des deux réseaux locaux de services de la sous-région de Longueuil, incluant l'Hôpital Charles LeMoyne.

❖❖❖❖

SOUS-RÉGION DU SUROÎT

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC HUNTINGDON (I)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC Huntingdon et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Huntingdon, le CH du Comté de Huntingdon et l'Hôpital Barrie-Memorial.

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS ET LA PRESQU'ÎLE (J)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Seigneurie de Beauharnois et La Presqu'île et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC La Presqu'île, le CLSC Seigneurie de Beauharnois, le Regroupement des CHSLD Des Trois-Rives et Les Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD) et le Centre hospitalier Régional du Suroît.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Même si l'hypothèse de créer trois réseaux locaux, dont un pour le territoire de CLSC La Presqu'île, répondait aux exigences de la Loi 25 et aux balises ministérielles, la présente recommandation est celle qui présente, à notre avis, le meilleur potentiel à terme pour assumer la responsabilité populationnelle en bâtissant des réseaux locaux de services forts et disposant de tous les leviers plutôt que des réseaux locaux de services tributaires de multiples ententes inter-réseaux. Les enjeux particuliers liés à cette recommandation sont :

LE TERRITOIRE DE CLSC DE HUNTINGDON COMPORTE TOUS LES ÉLÉMENTS LE QUALIFIANT POUR ÊTRE UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICE :

- une population de taille suffisante, fortement attachée à ses institutions compte tenu de sa spécificité linguistique (35 % de la population est anglophone);

- la présence des trois missions déjà regroupées au sein d'un même établissement depuis déjà quelques années. Un processus d'intégration en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux est présentement en cours.

Pour assurer la pérennité et le développement de ce réseau local, un maillage étroit avec le réseau local voisin sera à maintenir et à développer.

On note la présence sur ce territoire d'une des installations de l'établissement des Centres du Haut Saint-Laurent-Ormstown, établissement qui fera partie de l'instance du réseau local défini sur la base des territoires de CLSC La Presqu'île et Seigneurie de Beauharnois et l'Agence souhaite que cette situation particulière soit étudiée par les deux réseaux locaux de services.

Recommandations additionnelles
Établir à court terme une entente de services avec le réseau local dans lequel se retrouve le Centre hospitalier Régional du Suroît pour assurer la stabilisation et l'appui aux plateaux techniques et aux effectifs médicaux du réseau local de services du territoire de CLSC de Huntingdon.

LES ENJEUX PROPRES DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES TERRITOIRES DE CLSC LA PRESQU'ÎLE ET SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS SONT DE TROIS ORDRES :

La population à desservir dans ce réseau local de services est d'environ 160 000 personnes (Seigneurie de Beauharnois, 55 000 et La Presqu'île, 105 000). L'utilisation des services est locale pour la population de Seigneurie de Beauharnois alors que pour celle de La Presqu'île, le profil d'utilisation se partage selon deux axes, soit :

- d'un côté, les résidents des municipalités du secteur nord-est du territoire, qui représentent 70 % de la population et consomment 75 % de leurs services hospitaliers à Montréal;

- de l'autre côté, la population des municipalités sud-ouest du territoire (limitrophe au territoire du CLSC Seigneurie de Beauharnois) consomme au CH Régional du Suroît près de 70 % de ses services hospitaliers.

Compte tenu du volume important de population concernée et de ses habitudes de consommation, des ententes de services devront être établies avec la région de Montréal. Ces ententes de services seront définitivement les plus importantes et les plus significatives de toutes celles de cette nature à convenir en Montérégie et ne devront cependant pas être une reconduction des ententes existantes : le niveau d'insatisfaction de cette population à l'égard des services qu'elle reçoit est l'un des plus élevés en Montérégie.

Recommandation additionnelle
Pour faire en sorte que cette population ne soit lésée en aucune façon dans ses habitudes de consommation de services, il faudra établir à court terme des ententes de services avec les établissements montréalais (notamment avec le CH du Lakeshore) pour garantir l'accès aux services et accroître significativement le niveau de satisfaction de cette population à l'endroit des services qu'elle reçoit.

Compte tenu que dans la région de Vaudreuil, les acteurs communautaires, municipaux, intersectoriels et institutionnels ont clairement indiqué leur préférence pour la création d'un réseau local de services pour le territoire de CLSC La Presqu'île (Vaudreuil-Soulanges), des

mesures précises devront être prises à la fois pour assurer la mobilisation du personnel ainsi que pour développer le sentiment d'appartenance de la population de la région de Vaudreuil à son réseau local. *Au niveau de la composition du conseil d'administration de l'instance locale, on devra certes assurer une représentativité adéquate de la région de Vaudreuil, proportionnelle à son poids populationnel.*

Recommandation aditionnelle
Des dispositions devront être prises pour assurer que la composition du conseil d'administration de l'instance locale reflète le poids de la population du territoire de CLSC La Presqu'île et une représentativité adéquate.

Considérant que dans notre système de santé les citoyens ont et continueront d'avoir une entière liberté de choix, entre autres, de leur médecin et du centre hospitalier où ils désirent être soignés, il est invraisemblable de croire que les citoyens de la région de Vaudreuil voudront modifier leurs habitudes de consommation autrement qu'en ayant accès à des services hospitaliers de proximité. Par conséquent, afin d'assurer des services de santé appropriés et de proximité à la population de la région de Vaudreuil, des mesures concrètes devront être prises à court terme, entre autres, le développement d'un centre ambulatoire de services sur cette portion de territoire et toute autre mesure permettant à la population, si elle le désire, de considérer l'opportunité de modifier progressivement ses habitudes de consommation en faveur de son réseau local d'appartenance. À moyen et long terme, le développement de services de proximité partout en Montérégie nous apparaît offrir de meilleures garanties de services pour la population que les ententes de services avec des régions limitrophes.

Recommandation additionnelle
Développer et implanter, dans les meilleurs délais, un centre ambulatoire dans le secteur géographique de Vaudreuil et identifier les autres mesures pertinentes à prendre pour accroître de façon significative la disponibilité des services de proximité pour cette population.

RÉUNIR LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

Au-delà de la question de la délimitation territoriale et de la composition de l'instance locale, le succès de la mise en œuvre des réseaux locaux exigera tout un ensemble d'actions spécifiques. Nous examinerons dans ce qui suit certaines des avenues qui ont retenu l'attention de l'Agence jusqu'à maintenant.

Le point de vue des partenaires

Lors des audiences publiques tenues en Montérégie, les acteurs ont été invités à préciser les conditions de mise en œuvre ou de réalisation qui leur apparaissent les plus importantes. Celles-ci concernent le fonctionnement optimal des instances locales et l'application de l'approche en réseaux pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de leurs populations respectives.

D'entrée de jeu, plusieurs participants se sont exprimés sur la nécessité de rechercher la collaboration de tous les partenaires pour réaliser l'offre de service des instances locales. En d'autres termes, on ne peut plus accepter un fonctionnement en silo. Par conséquent, l'actualisation de l'approche réseau repose sur une vision inclusive de la contribution des médecins, des professionnels de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des établissements régionaux, des centres privés, des acteurs multisectoriels, etc.

Dans le contexte de sous-financement des services de santé et des services sociaux dans notre région, une autre condition gagnante devra être de consolider et de développer les ressources requises. Les gains de productivité et les développements technologiques ne sont pas perçus comme suffisants pour assurer l'atteinte des résultats attendus à la suite de ces changements, et ce, en raison de la progression significative des besoins qui est projetée dans notre région au cours des années à venir.

On insiste de plus sur l'importance de protéger les enveloppes budgétaires et de respecter les missions lors de l'organisation des services dans l'instance locale. Cette condition doit être interprétée comme étant un souci de préserver un équilibre entre les missions actuelles des établissements regroupés dans une instance locale. Un tel équilibre sera propice pour créer un momentum favorable à une meilleure intégration du continuum de services. L'objectif ultime est le développement d'une offre de service équilibrée au niveau local, autant en ce qui a trait aux services individuels qu'aux approches de santé publique ou de santé des populations, aux dimensions biomédicales qu'aux aspects psychosociaux et communautaires, au préventif qu'au curatif. En d'autres termes, on souhaite accorder sa juste place à chacun des volets du continuum d'intervention.

L'application de la loi 25 introduit dans l'évolution de notre système de santé et de services sociaux un angle de changement susceptible de générer, avec le temps, des améliorations significatives pour la santé de notre population. Il se dégage nettement, à la lumière des propos exprimés, une nécessité de dépasser les enjeux de structure. On considère impératif, à court et moyen terme, que les instances locales adoptent une vision commune qui soit centrée sur le client, enchâssées dans un « projet d'intervention local » dont les balises concrètes et mobilisatrices devront être précisées dans les plus brefs délais. Le déploiement de systèmes d'information clinique permettant une circulation de l'information entre les dispensateurs de soins en fonction des besoins et avec le consentement du client apparaît conséquemment comme une condition d'importance cruciale.

L'actualisation du développement proposé reposera fortement sur notre capacité à mobiliser nos ressources humaines. Dans le cas présent, le coefficient de difficulté est d'autant plus élevé que notre personnel a vécu de nombreux changements et que, dans le cadre de la loi 30, l'impression

générale est qu'il sera essentiel de déployer des mesures particulières pour maintenir un niveau élevé de mobilisation de nos personnels.

La mise en œuvre devra également miser sur le leadership des dirigeants. Les caractéristiques personnelles et professionnelles recherchées lors de la sélection et du recrutement des nouveaux dirigeants devront être compatibles avec les finalités d'une réorganisation majeure des services de santé et des services sociaux dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Parmi les nombreuses autres conditions nommées par les participants, retenons également:

- Assurer la représentativité et la continuité des conseils d'administration;
- Soutenir les initiatives d'intégration, les acquis et les réussites en cours;
- Adopter des approches participatives, transparentes et démocratiques;
- Constituer des RLS ayant une masse critique suffisante en termes de population et qui soient arrimés aux réalités sociodémographiques;
- Réaliser des évaluations des effets et appuyer les décisions centrées sur les résultats obtenus.

Par ailleurs, on observe, relativement aux conditions de mise en œuvre que nous venons de présenter, une forte convergence des points de vue exprimés par les établissements et les regroupements régionaux et locaux. Cependant, les acteurs locaux insistent sur l'importance des conditions liées à la représentativité et à la continuité des conseils d'administration des instances locales, à la masse critique des populations concernées et à leurs caractéristiques sociodémographiques.

DES CONDITIONS PARTICULIÈRES POUR FAVORISER LA COLLABORATION AVEC LE MILIEU COMMUNAUTAIRE

La mise en place des réseaux de services interpelle vivement les organismes communautaires. D'emblée, précisons que, dans le cadre de la prestation de services et d'ententes à convenir avec les instances locales, les modalités de collaboration avec le milieu communautaire devront se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire, notamment en ce qui a trait au mode de financement.

Déjà, l'élaboration du cadre de collaboration portant sur les ententes de services avec les réseaux locaux est amorcée et les groupes communautaires sont associés étroitement à cette démarche. De concert avec les représentants des organismes communautaires, l'Agence précisera ainsi les balises qui encadreront les modalités de collaboration et de partenariat des organismes avec les nouvelles instances locales qui formeront dorénavant les assises du système de santé et des services sociaux en Montérégie. À cette fin, l'Agence a mis en place un comité composé de représentants du milieu communautaire et du réseau, dont la démarche vise l'accompagnement du réseau communautaire dans la mise en œuvre des nouvelles structures, notamment au regard de l'organisation des services.

Les travaux en cours portent également sur la production d'un portrait des organismes communautaires et bénévoles, tant aux niveaux local que régional, et traduit, entre autres, la contribution du mouvement communautaire à l'amélioration du tissu social et à la qualité de vie de la population en Montérégie, ainsi que leur contribution dans le domaine de la santé et des services sociaux. Au terme de ces travaux, un événement à caractère régional aura cours afin d'appuyer et de favoriser la reconnaissance de l'importance de l'action communautaire dans notre système de soins par tous les partenaires du réseau.

MOBILISER L'ENSEMBLE DES LEVIERS POUR SOUTENIR LE CHANGEMENT

Comme nous l'avons évoqué plus tôt dans ce rapport, l'Agence s'est engagée à travailler de pair avec les forces vives du réseau montérégien afin de faciliter la mise en œuvre la plus harmonieuse possible des modifications au mode de gouverne. Pour ce faire, des groupes de travail régionaux ont été mis en place sous l'égide du comité de pilotage conjoint Agence - Réseau pour le Projet de développement des réseaux locaux de services. De tels groupes s'affairent déjà sur les questions relatives aux ressources humaines, les ressources financières, les ressources immobilières et les ressources informationnelles.

D'autres sont envisagés afin de soutenir et encadrer l'élaboration du projet clinique en fonction des différents continuums d'intervention prioritaires.

Voilà qui résume les nombreux volets à considérer ou présentement en cours relativement aux conditions de mise en œuvre et de réalisation des changements proposés. Ces dossiers constitueront des balises éclairantes non seulement pour l'Agence, mais aussi pour les dirigeants des réseaux locaux de services et pour ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux qui auront à déployer en concertation un ensemble de moyens concrets pour soutenir la nécessaire émergence d'une nouvelle mission locale.

CONCLUSION

L'un des thèmes récurrents soulevés lors de la consultation a été l'importance pour les intervenants d'assurer le maintien des acquis au regard des « missions » qui devront cohabiter au sein de l'instance locale. Plusieurs ont aussi exprimé le souhait que des mécanismes de protection budgétaire soient institués afin d'appuyer ces mêmes orientations. Les arguments invoqués pourraient se résumer ainsi :

- protéger le préventif face au curatif, ce que l'on pressent comme très exigeant sur la base de l'expérience récente du virage ambulatoire;
- préserver les fragiles investissements dans les secteurs psychosociaux et socio-communautaires dans le contexte où le secteur biomédical pourrait s'accaparer la part du lion dans la nouvelle instance locale;

poursuivre la volonté stratégique de renforcer la première ligne dans le contexte où les acteurs spécialisés pourraient avoir une contribution importante, voire prépondérante, dans la détermination des priorités et des choix budgétaires.

Toutes ces demandes qui ont été formulées sont compréhensibles, pertinentes et légitimes dans le contexte de l'importante vague de changement dans laquelle nous sommes engagés. Mais elles témoignent en même temps des nombreuses craintes, voire d'une certaine hésitation à aller de l'avant avec le projet d'intégration qui est à l'ordre du jour. Les représentantes de la Commission infirmière régionale soulignaient en ce sens avec beaucoup de justesse l'importance d'aller au-delà de nos réflexes de protection des acquis pour mieux faire naître la nouvelle mission qui devra animer les réseaux locaux de services. L'un des enjeux cruciaux pour le succès des réseaux locaux de services résidera dans la capacité des acteurs à dépasser les actuelles frontières des missions organisationnelles particulières pour se donner une nouvelle « mission locale de proximité » qui permettra le développement d'une offre globale de service intégré, regroupant en un tout cohérent un continuum équilibré d'interventions de prévention, de services de première ligne, de services spécialisés, de réadaptation et de soutien. Un autre enjeu sera d'apprendre collectivement à réorienter nos actions pour en améliorer l'impact sur la santé de la population dont nous sommes responsables.

Pourra-t-on assister à l'émergence de cette nouvelle mission locale de services globaux et intégrés de proximité pour une population définie? Saura-t-on accorder une place équitable aux différents volets d'intervention en fonction des besoins réels de la population du territoire tout en préservant les acquis du passé? Il s'agit là d'une préoccupation de fond qui transcende la question de la définition du territoire local, et même celle de l'instance locale. Voilà sans nul doute un défi primordial qu'il nous reviendra à tous de relever collectivement dans les phases ultérieures du projet de développement des réseaux locaux.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montérégie

des réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux

PROPOSITION RELATIVE AU DÉCOUPAGE TERRITORIAL ET À LA COMPOSITION DES INSTANCES LOCALES

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montérégie

MODÈLE D'ORGANISATION DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

PROPOSITION RELATIVE AU DÉCOUPAGE TERRITORIAL ET À LA COMPOSITION DES INSTANCES LOCALES

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
LE 29 AVRIL 2004

Sous la direction de
Denis A. Roy
Directeur de la planification et des affaires publiques

Luc Boileau
Président-directeur général

Coordination des travaux et rédaction
Paul Berger
Sylvie Cantin
Johanne Fournier
Aimé Lebeau
Martine Lesage
Krystyna Pecko
Isabelle Ricard
Denis A. Roy
Réjean Tardif

En collaboration avec
Jocelyne Audet
Hélène Boyer
Nicole Couture
Diane De Courval
Yvan Gendron
Sylvie Lafrance
Charlotte Leblanc
Josée Payette
Yolaine Rioux
Roger Sinclair
Lynn Villeneuve
Christine Bertrand
Jocelyn Cayer
Claude Dallaire
Jean Gauthier
Ginette Lafontaine
Jean-François Lapierre
Luc Morel
Sylvie Poirier
France Salois
Robert Ste-Marie

Révision des textes
Hélène Giroux

Mise en page
Suzanne Pilotte

Conception et réalisation de la page couverture
Le Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source
Ce document est disponible sur le site Internet : http://www.rrsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les hommes que les femmes.

ISBN : 2-89342-288-8
Dépôt légal, 2e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

MOT DU PRÉSIDENT

Pour marquer le début de sa gouverne, le conseil d'administration de l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux a complété avec succès la première phase de la mission qui lui a été confiée, soit celle consistant à proposer une organisation de services de santé et de services sociaux intégrée pour son territoire.

Le conseil a participé activement à la réflexion, la consultation et l'analyse de la situation actuelle, convaincu, à l'instar des acteurs locaux, du bien-fondé des notions de « responsabilité populationnelle » et de « hiérarchisation des services par continuum d'intervention », concepts par ailleurs solidement documentés dans notre Planification stratégique triennale 2003-2006, notre Plan d'action régional de santé publique et les travaux du Groupe d'étude sur les modes d'organisation et de gouverne (GÉMOG).

La délimitation territoriale de chacun des réseaux locaux proposés et la composition des instances locales correspondantes ont été l'objet de propositions soumises pour consultation aux acteurs de chacune des sept sous-régions qui, historiquement, composent la Montérégie. Les membres du conseil ont démontré leur dévouement et leur engagement envers l'amélioration des services pour la population de la région en assistant aux audiences publiques où 82 présentations ont permis à près de 130 acteurs, tant locaux que régionaux, d'exprimer leurs points de vue sur ces propositions.

Au terme de ces consultations, c'est à l'unanimité que le conseil a pris sa décision fondée sur la conviction que, pour mieux répondre aux besoins de services de santé et de services sociaux de la population montérégienne, les irritants associés entre autres aux délais d'attente et à l'accès aux services doivent devenir choses du passé.

Cet exercice, formateur et utile pour le conseil d'administration en début de mandat, lui a permis de se doter d'une compréhension complète et à jour des :

- *préférences actuelles de ses partenaires;*
- *enjeux liés à l'actualisation de ses propositions;*
- *conditions de réussite pour assurer le succès des réseaux locaux ainsi que les écueils à éviter;*
- *pistes pour réaliser un développement harmonieux.*

Le conseil d'administration est très conscient que les réseaux locaux proposés et la composition des instances locales correspondantes ne peuvent répondre entièrement aux attentes, parfois contradictoires, de tous les acteurs locaux. Il est également très sensible aux inquiétudes formulées par les personnes travaillant au sein des établissements qui donneront vie aux instances et aux réseaux locaux. Le succès

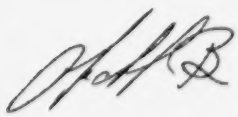
des réseaux locaux sera tributaire de la contribution, des connaissances, des compétences et de l'engagement personnel de chacune de ces personnes et une place prépondérante doit leur être réservée.

L'intégration des services à travers les projets d'intervention locaux aura des répercussions très significatives dans les pratiques médicales, professionnelles et organisationnelles. Un travail considérable reste à accomplir pour assurer cette intégration des services et actualiser des ententes de collaboration avec tous ceux et celles qui sont interpellés par la dispensation de services à la population (les médecins en cabinet privé et en GMF, les organismes communautaires, les Centres jeunesse de la Montérégie, les centres de réadaptation, les centres spécialisés et universitaires, les entreprises d'économie sociale et du secteur privé, les pharmacies communautaires et les partenaires intersectoriels).

Le conseil d'administration croit que l'avenir est prometteur. Il entend continuer à s'assurer que la conception, la planification et la réalisation des travaux régionaux respectent tous les critères de qualité afin d'être à la hauteur des attentes de ceux et celles à qui nous sommes redevables : la population de la grande région montérégienne.

C'est donc fort de l'appui de chacun des membres du conseil que je vous présente notre recommandation sur la délimitation territoriale des réseaux locaux et la composition de leurs instances locales respectives.

Le président du conseil d'administration,



Michel Benoit

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Monsieur Michel Benoît, président

Madame Jocelyne Barabé-Gauvin

Monsieur Jasmin Bibeau

Monsieur Luc Boileau, président-directeur général

Monsieur Philippe Bonneau, secrétaire

Madame Marie-Claire Daigneault

Monsieur Didier Fay

Madame Sylvie Gladu

Madame Micheline Gosselin

Monsieur Paulin Hovington

Madame Paule Langelier, vice-présidente

Monsieur Jean Lemonde

Madame Nicole Mongeon

Madame Lucie R. Pépin

Monsieur Richard Rioux

Madame Marion Standish

REMERCIEMENTS

L'Agence tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué aux travaux réalisés au cours des derniers mois et qui mènent aujourd'hui au dépôt du modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie.

Que ce soit :

- *les membres du conseil d'administration, pour leur dévouement à la Montérégie;*
- *les membres du Comité de pilotage du projet, pour leurs avis éclairés;*
- *les membres du Comité de direction de l'Agence, pour leur leadership constant;*
- *le personnel des différentes directions de l'Agence, pour son expertise et sa précieuse connaissance du milieu;*
- *le réseau de la santé et des services sociaux montérégien, pour sa confiance;*
- *l'ensemble des autres partenaires de même que les citoyens, qui ont accordé l'importance nécessaire à la démarche pour aider à construire le nouveau modèle d'organisation;*

l'apport de toutes les forces de changement de notre milieu a permis de réaliser ce mandat à l'intérieur des balises ministérielles et des délais impartis.

L'Agence ne peut qu'être fière de ses collaborateurs et considère le succès de la démarche réalisée à ce jour de bon augure pour ce qui reste à construire.

Merci!

RÉSUMÉ

L'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie publie dans ce rapport sa proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales pour notre région, conformément aux prescriptions du Ministre dans la foulée de l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25).

Après avoir rappelé les principales caractéristiques de la population, de ses besoins sociosanitaires et du réseau montérégien, on présente la démarche de mobilisation adoptée afin d'élaborer la proposition de l'Agence. Cette démarche a permis de rencontrer plus de 2 000 personnes issues du réseau, des milieux partenaires et de la population et aussi de recevoir près de 100 mémoires et présentations au cours de 25 heures d'audiences publiques tenues par le conseil d'administration dans chacune des sous-régions de la Montérégie de même qu'au niveau régional. Les critères et les divers outils d'aide à la décision utilisés sont également exposés.

L'Agence recommande la création de dix réseaux locaux de services en Montérégie. Chacune des instances locales proposées regroupe systématiquement au moins un établissement porteur d'une mission CLSC, CHSLD et CHSGS, à l'exception du réseau local dont fait partie l'Hôpital Charles LeMoyne qui conserve une gouverne différenciée en vertu de la règle d'exception liée à la complexité prévue dans la loi. Un projet de maillage étroit devra se réaliser entre ce dernier hôpital et son réseau local d'appartenance. De plus, l'élaboration à court terme d'un plan de complémentarité entre les deux réseaux de la sous-région de Longueuil fait l'objet d'une recommandation de l'Agence. Plusieurs ententes de services à établir sont également identifiées afin d'assurer une desserte appropriée de la population, étant donné la grande mobilité documentée dans la région relativement aux habitudes d'utilisation des services hospitaliers. Des ententes de services seront aussi à établir avec la région montréalaise, et ce, en priorité pour la population desservie par le réseau local regroupant les territoires de CLSC Seigneurie de Beauharnois et La Presqu'île. La mise en place d'un centre ambulatoire dans le secteur de Vaudreuil est enfin recommandée par l'Agence.

La proposition mise de l'avant a fait l'objet d'une résolution unanime des membres du conseil d'administration de l'Agence. Ces derniers estiment, au terme d'un processus d'analyse rigoureux et de délibérations approfondies, que la proposition retenue est celle qui offre la meilleure garantie de services à la population de la région, dans la perspective d'exercer la responsabilité populationnelle prescrite par la loi, aux niveaux local et régional.

La mise en œuvre de cette proposition, advenant qu'elle soit dûment acceptée par les autorités gouvernementales, exigera de réunir plusieurs conditions de réussite évoquées dans le rapport qui contribueront à faciliter la collaboration recherchée et, ainsi, obtenir un impact plus significatif sur la santé de la population.

L'un des enjeux cruciaux pour le succès des réseaux locaux de services résidera dans la capacité des acteurs à se donner une nouvelle « mission locale de proximité » qui permettra le développement d'une offre globale de service intégré, regroupant en un tout cohérent un continuum équilibré d'interventions de prévention, de services de première ligne, de services spécialisés, de réadaptation et de soutien. En s'appuyant sur un leadership local renouvelé, voilà le défi mobilisateur que l'Agence est confiante de pouvoir relever au cours des phases ultérieures de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

NOTE AU LECTEUR 13

INTRODUCTION 15

1. LE CONTEXTE MONTÉRÉGIEN 19

2. LA DÉMARCHE RÉGIONALE 25

3. LES PROPOSITIONS 35

3.1 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE SOREL 42
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 44
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 46
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 46

3.2 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE 47
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 49
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 52
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 52

3.3 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN 53
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 55
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 58
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 58

3.4 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY 59
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 61
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 64
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 64

3.5 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA 65
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 67
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 73
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 73
RECOMMANDATION ADDITIONNELLE 73

3.6 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL 74
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 76
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 80
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 80
RECOMMANDATIONS ADDITIONNELLES 81

3.7 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DU SUROÎT 82
SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES 84
PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 91
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE 91
RECOMMANDATIONS ADDITIONNELLES 91

4. RÉUNIR LES CONDITIONS DE RÉUSSITE 97

5. CONCLUSION 103

Note au lecteur

L'ensemble des références qui ont alimenté la rédaction du présent document se retrouve sur notre site Internet, de même que l'ensemble des informations et documents afférents aux travaux réalisés par l'Agence de la Montérégie ces derniers mois. Vous pouvez les consulter en tout temps.

En voici une liste exhaustive :

- Bibliographie de la revue de presse régionale
- Bulletin d'information l'Express de l'Agence
- Carte régionale des RLS
- Communiqués de presse
- Information sur la tournée du PDG
- Information sur la démarche de consultation
- Liste des groupes entendus lors des audiences
- Mémoires soumis lors des audiences publiques
- Portraits territoriaux
- Propositions de RLS
- Questions soumises à la consultation
- Synthèse des commentaires reçus lors des audiences
- Tableau synthèse des RLS
- Vision montérégienne

La *Proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales* est également déposée sur Internet, ainsi qu'un sommaire.

Le site Internet de l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

www.rrsss16.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25) sanctionnée en décembre 2003 a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accès et de continuité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

Par cette loi, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie a reçu, avec sa nouvelle dénomination, le mandat de gérer le projet de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de son territoire. Dans ce mandat, où la certitude du changement côtoie l'incertitude quant au résultat, l'Agence a choisi la gestion de projet comme mode de fonctionnement. L'implication des différentes directions de l'Agence et l'adoption d'un processus participatif de conception et de planification ont permis de poser les bases de ce projet dont l'impact sera important.

Le présent document rapporte l'ensemble des efforts investis par l'Agence dans la détermination des réseaux locaux et des instances locales, première phase et premier « bien livrable » de la démarche. Il débute par un exposé du profil de la population montérégienne, de ses besoins de santé et de l'offre de service du réseau. Ce premier chapitre démontre comment notre connaissance intime de la réalité régionale a permis d'asseoir des bases solides pour la définition des réseaux locaux.

À ceci succède, au chapitre 2, la description de la démarche de mobilisation régionale composée principalement d'une tournée d'information du président-directeur général de l'Agence et de la consultation publique auprès des acteurs locaux, régionaux, des instances consultatives de l'Agence, de même que de la population. Il en a résulté le dépôt à l'Agence de 96 mémoires.

Suit la description de la démarche adoptée en vue de la prise de décision par le conseil d'administration de l'Agence : une démarche dotée d'une méthodologie rigoureuse afin de soutenir efficacement l'élaboration de propositions fondées sur le profil et les besoins de la population, les modes d'organisation des services de santé et services sociaux ainsi que la dynamique communautaire et intersectorielle locale.

Au chapitre 3, le lecteur trouvera dans un premier temps la description des réseaux locaux faisant l'objet de la proposition du conseil d'administration de l'Agence, accompagnée d'une discussion des enjeux majeurs associés à leur création en Montérégie. Dans un deuxième temps et pour chacune des sous-régions, le lecteur trouvera les options et recommandations soumises à la consultation, la synthèse des mémoires déposés et des présentations faites lors des audiences publiques ainsi que la proposition finale retenue par le conseil d'administration.

Le chapitre 4 propose une réflexion sur les conditions de réussite à réunir pour assurer le succès de la mise en place des réseaux locaux de services dans notre région. Le document s'achève sur l'exposé d'un enjeu central pour les prochaines étapes de développement des réseaux locaux : le développement d'une nouvelle mission locale de proximité.

La complexité technique (changement de pratiques, variété des protocoles de soins et des cultures organisationnelles à intégrer, nombre d'intervenants, échéanciers courts, etc.) et relationnelle (sentiment d'incertitude face au changement et à l'avenir, impact de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (projet de loi 30) sur la mobilisation des personnes) de ce projet étant remarquablement élevée, l'Agence entend maintenir un dialogue constant avec les acteurs locaux, régionaux et nationaux afin de pouvoir assumer pleinement son rôle de maître d'œuvre dans le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux en Montérégie.

CHAPITRE 1

LE CONTEXTE MONTÉRÉGIEN

1. LE CONTEXTE MONTÉRÉGIEN

LA POPULATION

Urbanité et ruralité se côtoient en Montérégie. La région abrite une zone urbaine densément peuplée en bordure du fleuve Saint-Laurent mais la majorité de son vaste territoire se compose d'agglomérations situées en milieu rural. L'éloignement géographique relatif de ces populations peut restreindre leur accessibilité aux services sociaux et de santé de base.

En 2001[1], 18 % de la population québécoise, soit 1 325 000 personnes, habitait en Montérégie, dont 130 000 d'expression anglaise et 75 000 d'origines ethniques diverses. La population de la région est relativement jeune. On y dénombrait environ 300 000 jeunes de moins de 18 ans, soit 23 % de la population contre 21 % au Québec. En ce qui a trait à la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, la région affichait en 2001 une proportion inférieure à celle du Québec, soit 11 % contre 13 %. Cette relative jeunesse sera toutefois éphémère. En effet, les projections démographiques indiquent que la population régionale vieillira à un rythme accéléré au cours des vingt prochaines années, de telle sorte qu'en 2021, la Montérégie rejoindra le Québec. Un cinquième de la population aura alors 65 ans et plus et près d'un dixième aura 75 ans ou plus. Considérant que l'avancement en âge s'accompagne généralement d'une augmentation des incapacités fonctionnelles affectant le niveau d'autonomie et que plus de la moitié des personnes de 75 ans et plus présente de telles incapacités, il s'agit là d'un changement démographique important auquel il faut se préparer dès maintenant.

Comparativement au Québec, la Montérégie présente un portrait relativement favorable au plan socioéconomique. Pourtant, certains sous-groupes de Montérégiens affrontent encore des situations de vie difficiles. Ainsi, en 1996, 16 % de la population était faiblement scolarisée. En 1995, près d'une personne sur cinq (18 %) en Montérégie vivait sous le seuil de faible revenu alors que dans certains territoires de CLSC, jusqu'à une personne sur trois (34 %) vivait dans la pauvreté.

LES BESOINS DE SANTÉ

L'adaptation sociale et la santé mentale

La population montérégienne doit composer avec un éventail de problèmes de santé et de problèmes sociaux qu'elle a en commun avec les autres collectivités québécoises et autres sociétés industrialisées. L'influence bénéfique reliée à l'amélioration des conditions de vie ainsi qu'aux progrès thérapeutiques continue d'accroître la longévité des individus. Toutefois, certains problèmes sociaux et de santé persistent et de nouveaux apparaissent avec un niveau de complexité toujours plus grand.

En 1998, 8 % de la population, soit environ 78 000 personnes, évaluait négativement son état de santé mentale. La dépression, entre autres, contribue fortement au fardeau de morbidité et d'incapacité affectant la santé de la population. La mortalité par suicide est particulièrement élevée en Montérégie par rapport à des régions comparables ailleurs au Canada. Dans la région, près de la moitié (45 %) des années potentielles de vie perdues reliées aux traumatismes sont attribuables au suicide. La perception de stress élevé est aussi davantage prévalente en Montérégie que dans d'autres régions canadiennes.

De manière générale, l'ampleur des problèmes psychosociaux demeure importante en Montérégie. Dans le cas de certains indicateurs, la situation de la Montérégie apparaît plus favorable lorsque comparée à

[1] Selon les projections du recensement de 1996.

celle du Québec. Toutefois, cette situation cache souvent des disparités sous-régionales significatives auxquelles il faudra veiller attentivement, quelle que soit la configuration territoriale adoptée.

Les maladies chroniques et les incapacités

Le vieillissement de la population contribue à accroître le fardeau associé aux maladies chroniques, déjà plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada. Le cancer ainsi que les maladies cardiovasculaires et respiratoires étaient à l'origine de 6 512 décès, soit les trois quarts de tous les décès survenus en Montérégie en 1998. Considérant le nombre important de décès qui y sont associés, ces maladies chroniques représentent également une source importante d'incapacité et de mortalité prématurée. À l'origine du tiers des années potentielles de vie perdues (APVP) en Montérégie, le cancer se situe au premier rang, suivi des maladies cardiovasculaires (20 % des APVP). Certaines données canadiennes indiquent que la prévalence du cancer s'accroît de 6 % à 8 % chaque année en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration de la survie associée aux progrès thérapeutiques.

Le diabète et l'asthme figurent également au chapitre des maladies chroniques dont les impacts sont significatifs pour les personnes atteintes, et qui entraînent des répercussions directes et indirectes sur le système de soins. Une étude récente estimait qu'en 1999-2000, 5 % de la population montérégienne et québécoise âgée de 20 ans ou plus serait atteinte de diabète, ce qui correspondrait à environ 47 000 personnes en Montérégie. En 1998, 6 % de l'ensemble de la population montérégienne déclarait être atteinte d'asthme.

En 1998, au moins 17 % de l'ensemble de la population montérégienne vivant en ménage privé souffrait d'une incapacité, celle-ci étant décrite comme modérée ou grave dans le tiers des cas. La proportion de personnes âgées vivant à domicile et ayant des incapacités est supérieure en Montérégie (30 %) par rapport au Québec (21 %), et elle a presque doublé au cours des années 1990. Malgré l'investissement déjà important des réseaux familial et communautaire, 35 % des aînés québécois ayant des incapacités n'ont pas toute l'aide dont ils auraient besoin. Le soutien aux personnes âgées de même qu'aux personnes qui leur viennent en aide revêt alors un caractère déterminant.

LE RÉSEAU

Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie comporte un nombre important d'établissements et d'organismes, soit :

- 10 CHSGS (dont 5 ont une double vocation CHSGS/CHSLD);
- 20 CHSLD publics et privés conventionnés;
- 19 CLSC (dont 6 ont une double vocation CLSC/CHSLD);
- 66 ressources intermédiaires (RI);
- 1 393 ressources de type familial (RTF);
- 6 centres de réadaptation (CR);
- 1 établissement pour les jeunes, soit Les Centres jeunesse de la Montérégie (CJM);
- 465 organismes communautaires subventionnés (2004).

Le budget des établissements et des organismes dans le réseau des services de la Montérégie se situe à près de 1,3 milliard de dollars en 2002-2003; 45 % de ce budget est versé aux CHSGS, 24,5 % aux CHSLD publics et privés conventionnés, 13 % aux CLSC, 7,6 % aux CR, 7,3 % aux CJM et 3 % aux organismes communautaires. On estime que le budget régional devrait atteindre 1,5 milliard de dollars en 2004-2005.

En Montérégie, les ressources en omnipratique sont estimées à 1 059 équivalent temps plein (ETP), ce qui, selon les calculs du MSSS, est de 4 % inférieur à la moyenne québécoise. Pour ce qui est des

groupes de médecine de famille (GMF), 16 projets ont été accrédités jusqu'à maintenant par le MSSS et 15 sont en voie de l'être (avril 2004).

La région dispose de 1 859 lits dressés en santé physique, ce qui équivaut à un taux de 1,4 lit par 1 000 habitants (2001-2002). La moyenne du Québec en 2001 est de 2,17 lits par 1 000. Si on tient compte du taux de rétention des hospitalisations établi à 74 %, la capacité d'hospitalisation de la Montérégie correspond à un taux de 2,04 lits par 1 000 habitants desservis. Il faut toutefois souligner que le taux de rétention tend à s'accroître au fil des ans, sans ajustement au niveau du parc de lits. On dénombre 485 (ETP) médecins spécialistes en CHSGS. Selon le Plan régional des effectifs médicaux 2001-2003, il faudrait recruter 50 spécialistes supplémentaires pour répondre aux besoins de la population montérégienne.

Les 10 urgences de la région comptent 207 civières. En 2001-2002, 121 000 personnes ont séjourné sur civière dont 8,3 % pour une période de plus de 48 heures. De 1999-2000 à 2001-2002, on a observé une augmentation de 4,7 % des visites à l'urgence, de 8,8 % du nombre de patients sur civière, de 12,5 % du nombre de patients âgés de 75 ans et plus sur civière et de 351 % du nombre de patients séjournant plus de 48 heures à l'urgence. Durant la même période, le nombre de patients présentant un problème de santé mentale a augmenté de 579 %, passant de 145 à 985.

En regard du secteur de la santé mentale, la Montérégie ne dispose que de 100 psychiatres pour répondre aux besoins de sa population, ce qui correspond à un psychiatre pour 13 000 habitants comparativement à un ratio d'un psychiatre pour 4 000 habitants dans la région de Montréal-Centre. Compte tenu de la sectorisation en psychiatrie et tout en reconnaissant que la région de Montréal-Centre doit offrir des services surspécialisés auxquels la clientèle montérégienne a rarement accès, l'écart de disponibilité des psychiatres entre les deux régions apparaît très important. Quel que soit le type d'interventions nécessaires, le programme de santé mentale est celui qui, dans la région, accuse le plus grand manque à gagner comparativement au niveau des ressources consenties à l'échelle nationale.

La population de la Montérégie peut compter sur 5 024 lits d'hébergement, ce qui correspond à un ratio de 3,2 lits par 100 personnes âgées de 65 ans et plus. Pour rejoindre la norme généralement reconnue de 3,5/100 personnes âgées en 2006, le parc des places d'hébergement devrait être augmenté de plus de 1 000 places. En termes de niveau de financement, les CHSLD affichent un taux de budgétisation globale équivalent à 75 % et variant de 70 % à 98 % selon les établissements.[2] Le nombre de personnes en attente d'hébergement a augmenté de façon importante de 1999-2000 à 2002-2003, passant de 310 à 822, soit une augmentation de 165 %. Le nombre de personnes en attente d'une place d'hébergement et occupant un lit dans un CHSGS a augmenté de 207 %, passant de 186 à 572. Le délai actuel d'attente est estimé à 79 jours alors qu'il était de 54 jours en 1999-2000.

Les organismes communautaires apportent une réponse spécifique aux besoins du milieu tout en adoptant des pratiques fondées sur l'entraide, l'appropriation du pouvoir, l'expertise des intervenants et des bénévoles et le partenariat. En 2002-2003, plus de 400 organismes communautaires de la région se partagent une enveloppe de 38 millions de dollars investis dans divers programmes d'intervention (ex. : promotion de la santé, services à la communauté, services à la jeunesse, maintien à domicile).

Les services spécialisés de réadaptation en Montérégie sont regroupés autour de quatre grands programmes clientèle dispensés par les centres de réadaptation et les Centres jeunesse de la Montérégie : les services visant les enfants, les jeunes et leur famille en difficulté (les CJM), les services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (CRDI), les services de réadaptation en déficience physique (les CRDP) et les services pour la clientèle toxicomane ou ayant des problèmes de jeu (Le Virage et le Pavillon Foster). La fragmentation des services et le manque de diversité dans la gamme des services psychosociaux et de réadaptation actuellement disponibles sont sans doute les problématiques dominantes de ce vaste secteur. On

---

[2] Le taux de budgétisation des CHSLD pour les lits de longue durée (LD) est calculé selon la formule suivante : budget actuel pour les ressources LD/budget requis pour répondre aux besoins de la clientèle hébergée.

observe un chevauchement et une incompréhension des rôles entre les dispensateurs des services généraux d'une part, et spécialisés d'autre part. Le client doit souvent faire le lien lui-même entre les différents distributeurs de services pour répondre à ses besoins.

Le positionnement interrégional

Si l'on considère globalement l'évolution du positionnement financier du réseau montérégien en fonction de la richesse globale disponible pour l'ensemble de la province, on constate que, malgré un certain rattrapage réalisé dans la seconde moitié des années 90, la région présente toujours un sous-financement relatif de tous ses programmes clientèle. Selon les derniers estimés ministériels, ce manque à gagner serait actuellement de l'ordre de 150 millions $ (2003-2004).

La performance globale du réseau

La performance globale du réseau de la santé et des services sociaux est actuellement compromise par une première ligne poreuse. Les principaux problèmes du système québécois touchent également la Montérégie. Soulignons, entre autres, l'accessibilité insuffisante aux ressources de première ligne, les taux élevés d'utilisation des services d'urgence, les iniquités dans la distribution des ressources et des services offerts, l'incohérence de l'offre et la fragmentation des services, l'utilisation inefficiente de ressources ainsi que les difficultés d'articulation entre les première et deuxième lignes.

Des efforts particuliers devraient être déployés pour assurer une accessibilité accrue et une qualité de soins et services auprès des clientèles en perte d'autonomie, des personnes atteintes de problèmes chroniques ou de santé mentale. Les difficultés d'adaptation sociale, notamment chez les enfants et les jeunes, sont des phénomènes dont l'importance est croissante dans la société et la Montérégie présente des besoins à combler à cet égard. Les habitudes de vie et l'enjeu des inégalités sociales de la santé ressortent comme cibles à privilégier, tout comme l'impératif de mieux exploiter le potentiel des services préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et de soutien pour intervenir adéquatement.

Des améliorations au niveau de la mise en réseau des acteurs devront être apportées dans l'organisation des services aux plans local, sous-régional et régional. Toutefois, compte tenu du manque à gagner observé dans la région, pour l'ensemble de ses programmes, un redressement du niveau des ressources sera absolument nécessaire pour assurer les services de base requis et introduire des changements ayant un impact significatif sur la santé et le bien-être de notre population.

CHAPITRE 2

LA DÉMARCHE RÉGIONALE

2. LA DÉMARCHE RÉGIONALE

Pour faire suite à l'annonce du développement de réseaux locaux et répondre aux exigences de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie allait de l'avant en élaborant un plan de mobilisation en trois étapes : information, consultation et décision.

LA TOURNÉE D'INFORMATION

Tournée des sous-régions et des instances régionales

Avant de consulter ses partenaires sur la délimitation des territoires de la Montérégie et sur la définition des instances qui allaient composer les réseaux locaux de services, le président-directeur général de l'Agence a mené une tournée d'information. Cette tournée, réalisée sur la base des sept sous-régions historiques, avait pour objectifs de faire connaître la vision montérégienne, de documenter le portrait sociosanitaire de la région (population, offre de service, mode d'organisation et réseautage) ainsi que de recommander, pour certaines sous-régions, des modèles d'organisation de réseaux locaux. Le directeur de la planification et des affaires publiques a également pris part à des activités d'information auprès des instances régionales, notamment les commissions et comités relevant de l'Agence ainsi que le Forum de la population.

Afin que les participants puissent bien comprendre la portée des travaux en cours, l'Agence a développé divers outils d'information qui ont été distribués lors de chaque rencontre :

- démarche de consultation;
- mot du PDG;
- vision montérégienne;
- données sur l'état de santé de la population, sur l'organisation des services et sur les dynamiques communautaires et intersectorielles;
- options et recommandations de l'Agence quant aux RLS.

Au cours de cette tournée, les divers partenaires rencontrés ont été les suivants :

- les membres des conseils d'administration des établissements, les cadres et directions générales, les gestionnaires, les membres des instances professionnelles des établissements (conseils des médecins, pharmaciens et dentistes, conseils des infirmières et infirmiers, conseils multidisciplinaires) et les exécutifs des syndicats locaux : 1 550 personnes;
- les instances socioéconomiques du territoire (chambres de commerce, commissions scolaires, municipalités, MRC, députés) : 260 personnes;
- la Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale : 22 personnes;
- le Forum de la population : 18 personnes;
- la Commission médicale régionale, l'exécutif du Département régional de médecine générale et les représentants des universités dans le cadre des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) : 30 personnes;
- les comités régionaux d'accès pour la communauté anglophone et les communautés ethnoculturelles : 20 personnes;
- les regroupements des organismes communautaires et bénévoles : 50 personnes;
- les instances régionales des syndicats : 26 personnes;
- les associations de gestionnaires : 15 personnes;
- les associations de médecins : 115 personnes.

Au total, 38 sessions d'information ont été tenues et plus de 2 000 personnes rencontrées.

LA CONSULTATION PUBLIQUE

Plusieurs moyens ont été privilégiés au cours du processus de consultation pour donner voix à la population ainsi qu'aux partenaires du réseau sociosanitaire relativement aux options de réseaux locaux présentées par l'Agence : accueil de mémoire, présentation (sur invitation) aux audiences, mise en fonction d'une ligne téléphonique spécialement dédiée à l'accueil de commentaires provenant des citoyens ainsi qu'un questionnaire à remplir sur le site Internet.

Plus spécifiquement, le conseil d'administration souhaitait recevoir le point de vue des acteurs locaux sur les trois questions suivantes :

1. Est-ce que vous vous reconnaissez dans la proposition mise de l'avant dans le document de consultation? Sinon, quels sont les éléments avec lesquels vous êtes mal à l'aise?

2. Quelles sont les conditions les plus importantes à réunir pour faire du projet de réseau local un succès dans votre territoire?

   - Le leadership attendu de la part des dirigeants
   - L'allocation des ressources
   - La mobilisation des ressources humaines
   - La collaboration avec les médecins
   - La collaboration avec les organismes communautaires
   - La mission de l'hôpital régional
   - La collaboration avec les établissements à vocation régionale
   - La collaboration avec les partenaires multisectoriels
   - Toute autre condition jugée nécessaire

3. Comment l'Agence peut-elle vous aider à faire du développement des réseaux locaux de services une réussite dans votre milieu?

LES MÉMOIRES

Tout individu ou groupe d'individus pouvait soumettre un document écrit afin de faire valoir son opinion. Les modalités touchant le dépôt des mémoires étaient expliquées sur le site Internet de l'Agence, dans les articles de journaux qui ont découlé des rencontres de presse, dans les annonces qui ont paru, à deux reprises, dans 21 journaux (essentiellement des hebdomadaires) couvrant le territoire de la Montérégie ainsi que dans un document qui a été largement distribué lors de la tournée d'information. Le 27 avril 2004, l'Agence avait reçu 96 mémoires.

LES AUDIENCES

Plusieurs acteurs ont été invités à participer aux audiences. Les invitations s'adressaient essentiellement aux dirigeants et aux présidents des établissements de santé et de services sociaux, des corporations de développement communautaire, des centres locaux de développement ainsi qu'aux préfets des MRC, aux instances professionnelles (CMDP, CM et CII) des établissements, aux municipalités et aux groupes syndicaux locaux qui acceptaient de se regrouper pour faire valoir leur position.

Dans les faits, plusieurs acteurs se sont concertés pour adresser une présentation conjointe. Le tableau suivant relate quelques statistiques relatives aux audiences.

Nombre de jours d'audiences	5
Nombre d'heures d'audiences	25
Nombre d'acteurs inscrits aux audiences	130
Nombre de présentations	82

Rappelons que les audiences se déroulaient devant public et sous l'égide du conseil d'administration, lequel s'est fait un devoir d'être présent en tout temps aux différentes sessions des audiences. De plus, à chaque audience, on comptait entre 30 et 60 personnes venues entendre les présentations pour une assistance globale de près de 400 personnes.

À L'ÉCOUTE DE LA POPULATION - LIGNE TÉLÉPHONIQUE, SITE INTERNET ET TÉLÉCOPIEUR

Entre le 1er mars et le 16 avril, une ligne téléphonique avec service personnalisé a été mise en fonction pour recevoir des commentaires et recueillir les questions du public.

De plus, les gens pouvaient donner leur avis sur le site Internet de l'Agence, mais peu de personnes se sont prévalues de ce mode de communication. D'autres citoyens nous ont par ailleurs transmis leur opinion écrite. Tous les commentaires reçus avant le 24 mars 2004 ont été soumis au Forum de la population.

FORUM DES COMITÉS DES USAGERS

Initiée par le Forum de la population, une journée de consultation a été organisée auprès des représentants des comités des usagers. Une cinquantaine de personnes représentant près de 30 comités sur 45 ont participé à cette activité qui s'est tenue le 20 mars 2004. Les recommandations issues de la rencontre ont été examinées par le Forum de la population qui en a tenu compte dans son avis.

LA DÉCISION

La démarche adoptée en vue de la prise de décision par le conseil d'administration s'est appuyée sur les balises édictées par l'équipe ministérielle en février 2004 de même que sur les travaux régionaux réalisés au cours de l'automne par le Groupe d'étude sur les modes d'organisation et de gouverne (GÉMOG). Nous avons ainsi pu définir les critères objectifs sur lesquels se fonde le processus de prise de décision de l'Agence aux fins de la création des réseaux locaux de services. Ces critères présentés ci-après peuvent être regroupés sous trois rubriques, à savoir le profil et les besoins de la population, les modes d'organisation de services et la dynamique communautaire et intersectorielle (voir schéma).

Dans quatre des sous-régions de la Montérégie, il a été possible de formuler une recommandation claire qui satisfaisait l'ensemble de nos critères. Pour les trois autres sous-régions, aucune solution ne correspondant d'emblée à chacun de nos critères, nous avons plutôt choisi de formuler des options différenciées. Ainsi, telle qu'illustrée dans le schéma, l'option A accordait un poids plus important aux critères relatifs aux modes d'organisation des services alors que l'option B rencontrait davantage les critères relatifs aux habitudes d'utilisation des services de la part de la population ainsi qu'à la dynamique communautaire et intersectorielle. Toutes les options et recommandations soumises à la consultation avaient été préalablement jugées recevables par le conseil d'administration.

Ainsi que nous l'avons indiqué précédemment, les membres du conseil d'administration ont participé aux consultations sous-régionales et régionale. À la suite de ces consultations, le conseil d'administration a siégé à huis clos et a pu débattre des propositions à retenir en s'appuyant sur les travaux d'analyse de la permanence ainsi que sur les synthèses des représentations des acteurs faites dans le cadre de la consultation.

Deux instruments ont été élaborés afin de soutenir le conseil d'administration dans son processus décisionnel :

- une grille d'analyse des mémoires et des présentations;
- un outil d'aide à la décision.

1. La grille d'analyse des mémoires

Cet instrument a permis aux rapporteurs affectés en tandem aux différentes sous-régions de consigner par écrit les propos exprimés par les acteurs, via leurs mémoires ou lors des audiences, en réponse aux trois questions de la consultation. Cette grille combine analyse quantitative et analyse qualitative afin, à la fois, de mieux rendre compte et de mettre en interrelation les multiples dimensions abordées par les acteurs.

L'emploi de la grille d'analyse des mémoires visait deux objectifs :

- maximiser l'utilisation de l'information en concentrant l'analyse sur les informations se rapportant directement aux questions de consultation;
- faciliter l'analyse par l'élaboration d'une structure qui permette de relier facilement les informations entre elles.

À l'aide de cette grille, sept synthèses sous-régionales ont été produites, soit une par sous-région consultée, ainsi qu'une synthèse rapportant les points de vue des acteurs des établissements à vocation régionale. Les résultats de l'application de cette grille se trouvent plus loin dans le document. En les lisant, on gardera à l'esprit que les synthèses dégagées ne peuvent refléter que ce que les acteurs qui se sont prévalus de leur droit de parole ont bien voulu exprimer.

2. L'outil d'aide à la décision

Ce second instrument visait à fournir aux membres du conseil d'administration de l'Agence un point de vue structuré qui permettait d'apprécier sous leurs nombreuses facettes les propositions de réseau local de services (RLS) soumises à l'examen.

L'outil d'aide à la décision a permis de capter l'appréciation, par les membres du conseil d'administration, du niveau de difficulté que comporte, pour un RLS donné, chacun des quinze critères soumis à leur jugement. La conception de l'outil a demandé que les membres du conseil d'administration procèdent préalablement à la pondération de ces critères. Une fois la pondération obtenue, les membres du conseil les ont cotés sur une échelle de 0 à 3 indiquant le niveau de difficulté perçu. Ces critères, regroupés sous les trois rubriques mentionnées précédemment, sont présentés au tableau ci-après.

L'utilisation de l'outil d'aide à la décision par les membres du conseil d'administration a facilité une clarification de leurs positions à l'endroit de chacune des options de RLS proposées. En seconde analyse, l'outil a également permis d'identifier les aspects pour lesquels des efforts particuliers seront requis dans la foulée de la création des réseaux locaux de services.

Les analyses qu'ont rendu possibles ces deux instruments ont contribué à alimenter la réflexion des décideurs de l'Agence dans le cadre de la création des réseaux locaux de services.

Tableau : Définition des critères, outil d'aide à la décision

1. Le profil et les besoins de la population
1.1 La taille de la population du ou des territoires proposés
1.2 L'étendue géographique du ou des territoires proposés
1.3 Les particularités culturelles ou linguistiques de la population du ou des territoires proposés
1.4 Les caractéristiques de santé de la population du ou des territoires proposés
1.5 Les habitudes d'utilisation des services de santé de la population du ou des territoires proposés

2. Les modes d'organisation des services de santé et services sociaux
2.1 La capacité de l'offre de service général et préventif (1re ligne) à l'échelle du ou des territoires proposés
2.2 Le potentiel de réseautage des services généraux et préventifs à l'échelle du ou des territoires proposés
2.3 La capacité de rendre accessibles les services spécialisés hospitaliers et les services spécialisés de réadaptation à la population du ou des territoires proposés
2.4 Le potentiel de réseautage des services spécialisés et de première ligne à l'échelle du ou des territoires proposés
2.5 La concordance entre le ou les territoires proposés et les souhaits exprimés par les établissements devant faire partie de l'instance ou des instances locales correspondantes

3. La dynamique communautaire et intersectorielle locale
3.1 Le sentiment d'appartenance de la population au(x) territoire(s) proposé(s)
3.2 Les habitudes d'échanges, de communication et de consommation de la population du ou des territoires proposés
3.3 La concordance entre le ou les territoires proposés et les souhaits exprimés par l'ensemble des acteurs intersectoriels du ou des réseaux locaux de services correspondants
3.4 La concordance entre les frontières du ou des territoires proposés et celles de la ou des MRC couvrant ce ou ces territoires
3.5 La concordance entre les frontières du ou des territoires proposés et celles de la ou des commissions scolaires couvrant ce ou ces territoires

MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR ÉTABLIR L'ÉCHELLE DE COMPLEXITÉ RELATIVE DES CENTRES HOSPITALIERS DE LA MONTÉRÉGIE

Le concept de complexité est important à définir de façon plus précise puisqu'il sert à appuyer la prise de décision concernant l'intégration des centres hospitaliers à leur instance locale.

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux définit sommairement la notion de complexité (art. 26, 2e alinéa) « eu égard à l'étendue du territoire desservi par l'établissement, au nombre ou à la capacité des installations qui s'y retrouvent ou à la provenance ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie ».

Nous savons qu'en Montérégie les caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie par chacun de nos centres hospitaliers ne militent pas en faveur de les exclure de l'instance locale. Au contraire, elles militent en faveur de leur inclusion puisque les centres hospitaliers sont bien implantés dans leurs communautés respectives et représentent très bien les particularités de leurs bassins de desserte.

En ce qui a trait à la provenance de la clientèle ou le territoire de desserte, nos centres hospitaliers ne se démarquent pas les uns des autres puisqu'ils ont tous une desserte majoritairement locale, même si cette localité comporte pour certains de forts volumes de clientèles.

L'élément que nous avons analysé de plus près est celui du nombre ou de la capacité des installations. Nous l'avons interprété essentiellement à travers les caractéristiques et la capacité de production de services de chacun de nos centres hospitaliers. Nous savons que nos centres hospitaliers ont tous un niveau relativement élevé de complexité. Il demeure toutefois des plus pertinent de démontrer s'ils se distinguent réellement les uns des autres et, en conséquence, si certains se démarquent suffisamment pour envisager de les exclure de leur instance locale.

L'objectif de cette démarche est donc de réunir différents indicateurs qui représentent le mieux la production hospitalière tant en services offerts, en lourdeur de cas traités qu'en enseignement et en recherche. La démarche vise essentiellement à comparer et à quantifier les centres hospitaliers les uns par rapport aux autres. Le résultat final est un indicateur de complexité relative des dix centres hospitaliers sur une échelle de 0 à 100 %.

Pour chacun des indicateurs, chaque établissement se voit attribuer un poids relatif en pourcentage par rapport au total de la Montérégie. Pour le pointage final, chacun de ces indicateurs a le même poids relatif, soit un sixième du total.

LES INDICATEURS

Budget global courte durée

Le total des dépenses d'un établissement donne une indication globale des volumes d'activités et du nombre d'employés à gérer. Nous avons utilisé le contour financier 2000-2001 pour l'ensemble des services en excluant les services dédiés aux unités de longue durée (les activités de longue durée étant de niveau local, elles ne sont pas considérées dans l'analyse de la complexité). Chaque établissement se voit attribuer un pourcentage représentant le poids de son budget sur le budget total des dix centres hospitaliers.

Spécialités médicales au PEM

Pour qualifier la complexité des différents services médicaux offerts, nous avons utilisé trois données sur les médecins spécialistes présents dans chacun des établissements en posant l'hypothèse que plus il y a de services de nature régionale et suprarégionale, plus les services sont complexes.

- *Proportion du nombre de médecins spécialistes de base sur le total des médecins spécialistes autorisés au PEM :*

Les spécialités de base sont l'anatomo-pathologie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, la médecine interne, l'obstétrique-gynécologie, la pédiatrie, la psychiatrie et la radiologie diagnostique. Une proportion plus élevée de spécialistes de base suppose une moins grande complexité des activités.

- *Nombre de spécialités de niveau régional autorisées au PEM :*

Pour tenir compte de l'ensemble des services offerts, nous avons ajouté aux spécialités de niveau régional autorisées au PEM, certaines spécialités où un ensemble de services est organisé et offert à la population par un ou des médecins spécialistes venant d'autres établissements ou par un spécialiste non médecin (oncologie, néphrologie et biochimie).

- *Nombre de spécialités de niveau suprarégional autorisées au PEM :*

Les spécialités suprarégionales sont la chirurgie cardiovasculaire et thoracique, la neurochirurgie et la radio-oncologie. Pour ces trois indicateurs, un pointage a été accordé à chacun des établissements en accordant 10 points au centre hospitalier le plus complexe et en accordant des points de façon décroissante aux autres centres hospitaliers. Un total a été effectué et la part relative obtenue par chaque centre hospitalier détermine son pointage final.

Enseignement et recherche

Pour les activités d'enseignement et de recherche, des points ont été octroyés pour l'existence des activités suivantes réalisées sur une base régulière, l'année durant :

- 10 points pour des stages de niveau collégial;
- 10 points pour des stages de niveau baccalauréat ou maîtrise;
- 10 points pour des stages d'étudiants en médecine;
- 10 points pour des stages de quelques résidents en médecine de famille;
- 15 points pour l'existence d'une unité de médecine familiale;
- 30 points pour des stages de résidence en spécialités (au prorata du nombre de spécialités/33 programmes);
- 15 points pour la présence d'un centre de recherche.

À noter que les activités de recherche clinique (ex. : phase IV) multicentriques ne sont pas retenues comme variable discriminante puisque tous les centres hospitaliers de la Montérégie ont de telles activités.

Programmes régionaux

Un pointage a été accordé selon la répartition des sept programmes régionaux entre les différents centres hospitaliers. Les programmes retenus sont la pédopsychiatrie, la traumatologie/réadaptation précoce, l'oncologie, l'hémodynamie, la neurochirurgie, la santé mentale de longue durée et la santé publique.

Hospitalisations de niveaux 2 et 3

Nous avons comptabilisé l'ensemble des jours-présence pour des hospitalisations en chirurgie, médecine, obstétrique et psychiatrie représentant des niveaux d'accès 2 et 3. Chaque établissement se voit attribuer un pourcentage représentant la proportion de ces jours-présence sur le total de la Montérégie.

-NIRRU de niveaux 2 et 3

Un niveau d'intensité relatif des ressources utilisées (NIRRU) est associé aux jours-présence retenus précédemment. Pour les deux niveaux, nous avons calculé la différence entre le NIRRU de l'établissement et le NIRRU le plus bas de la région. Le poids relatif de ces écarts a été calculé pour chaque niveau (2 et 3) et la moyenne des deux résultats donne le score final attribué à chaque centre hospitalier.

Échelle de complexité relative des centres hospitaliers de la Montérégie

	Budget global (excluant LD)	Spécialités médicales au PEM	Enseignement-recherche	Programmes régionaux	Hospitalisations niveaux 2 et 3	NIRRU niveaux 2 et 3	TOTAL	Échelle finale
Hôpital Charles LeMoyne	21%	24%	20%	71%	30%	39%	206%	34%
Centre hospitalier Pierre-Boucher	14%	11%	10%	14%	17%	23%	89%	15%
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	13%	14%	10%	14%	9%	7%	68%	11%
Hôpital du Haut-Richelieu	13%	12%	8%	0%	11%	5%	48%	8%
Centre hospitalier Régional du Suroît	9%	6%	8%	0%	9%	11%	42%	7%
Centre hospitalier Anna-Laberge	10%	7%	8%	0%	9%	4%	38%	6%
Centre hospitalier de Granby	8%	7%	10%	0%	6%	6%	37%	6%
Hôtel-Dieu de Sorel	7%	11%	8%	0%	6%	1%	33%	6%
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	5%	7%	10%	0%	4%	1%	27%	4%
Hôpital Barrie Memorial	1%	0%	8%	0%	1%	3%	13%	2%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	600%	100%

L'analyse des différents indicateurs utilisés pour comparer la complexité des dix centres hospitaliers nous amène à conclure que seul l'Hôpital Charles LeMoyne se démarque de façon importante des neuf autres centres hospitaliers. Il se démarque le plus clairement par le nombre de programmes régionaux qu'on y retrouve et par l'enseignement et la recherche. Mais il se distingue aussi nettement au niveau des indicateurs de capacité et de complexité de la production de services. La part relative de l'Hôpital Charles LeMoyne atteint pratiquement le double de celle du centre hospitalier qui le suit dans l'échelle, tant au niveau du budget global et du nombre de spécialités médicales que des indicateurs de complexité des services.

CHAPITRE 3

LES PROPOSITIONS

3. LES PROPOSITIONS

L'Agence a réalisé la première phase de son projet de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux relativement à la délimitation territoriale des réseaux locaux de services et à la composition de l'instance locale. Nous présentons dans ce chapitre les propositions que le conseil d'administration, au terme de ses consultations et délibérations, a choisi de recommander au ministre.

La démarche d'information et de consultation de l'Agence a clairement mis en évidence la très forte adhésion des partenaires locaux et régionaux aux objectifs d'intégration des services et de rapprochement de la prise de décision des citoyens. Cependant, la consultation a mis en lumière des divergences marquées quant aux moyens pour atteindre ces objectifs. Au risque de simplifier une réalité forcément plus nuancée, il est possible de camper sommairement les positions généralement tenues par les principales parties prenantes : des médecins et professionnels qui appuient fortement l'objectif de renforcer l'intégration des services; des CLSC inquiets qui craignent l'impact négatif d'une fusion sur leur mission préventive et de première ligne; des hôpitaux ouverts à une nouvelle complicité locale mais qui craignent un affaiblissement de leur mission spécialisée au profit des centres régionaux et suprarégionaux; un secteur de l'hébergement globalement à l'aise avec le rapprochement organisationnel proposé; des organismes communautaires qui, unanimement, appréhendent ce qu'ils perçoivent comme une menace à leur financement et à leur autonomie; des organismes régionaux désireux de s'arrimer avec les nouvelles instances locales; des partenaires multi-sectoriels à la recherche d'une plus grande cohérence locale; des milieux universitaires qui affichent de grands besoins par rapport à la contribution de la Montérégie comme milieu de formation clinique; des milieux syndicaux qui refusent globalement le changement proposé et qui affichent clairement leur volonté d'y résister activement.

Il importe de souligner ici que plusieurs représentants des milieux concernés ont exprimé des réserves sur le processus qui était perçu comme un changement majeur difficile de moduler ou d'aménager en fonction des couleurs locales. Les changements appréhendés qui découleront de l'application de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic suscitent également de nombreuses craintes. D'autres acteurs, moins nombreux, ont affirmé quant à eux que la transformation proposée s'imposait depuis longtemps et qu'il faut travailler activement à sa mise en œuvre dans les meilleurs délais.

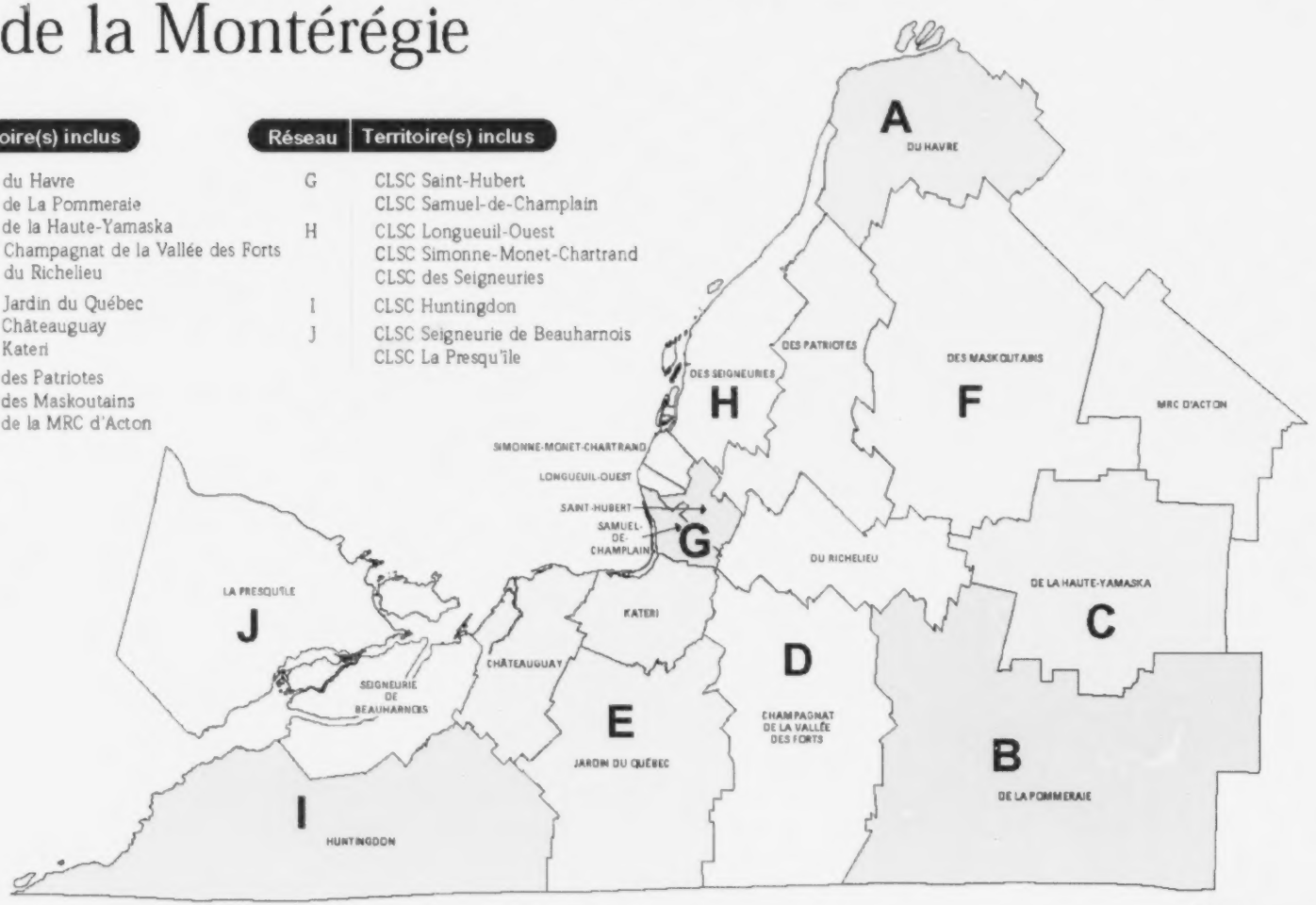
Sur la base de ces nombreux points de vue exprimés par des acteurs de partout sur le territoire de la Montérégie, le conseil d'administration a fait le point sur les options possibles, avec leurs avantages et leurs désavantages respectifs. Toutes les options soumises à la consultation étaient recevables et les arguments soulevés par les partenaires forts pertinents.

Ainsi, après avoir considéré les différentes situations locales particulières et après avoir discuté à fond les nombreux arguments mis de l'avant tout au long de la consultation, le conseil retient, pour chacun des réseaux locaux de services en Montérégie, la proposition d'un rapprochement organisationnel étroit de chacune des trois missions (CH, CLSC, CHSLD) au sein de chacun des réseaux locaux de services. Ce scénario apparaît, après analyse et en conformité avec l'esprit de la loi, celui qui offre la meilleure garantie pour une gamme élargie de services au bénéfice de la population de la Montérégie.

En conséquence, les membres du conseil se rallient unanimement à la proposition de créer dans la région dix réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et ils en font solidairement la recommandation formelle au ministre. La carte régionale et le tableau synthèse résument les propositions retenues.

Réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec CLSC Châteauguay CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes CLSC des Maskoutains CLSC de la MRC d'Acton
G	CLSC Saint-Hubert CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île

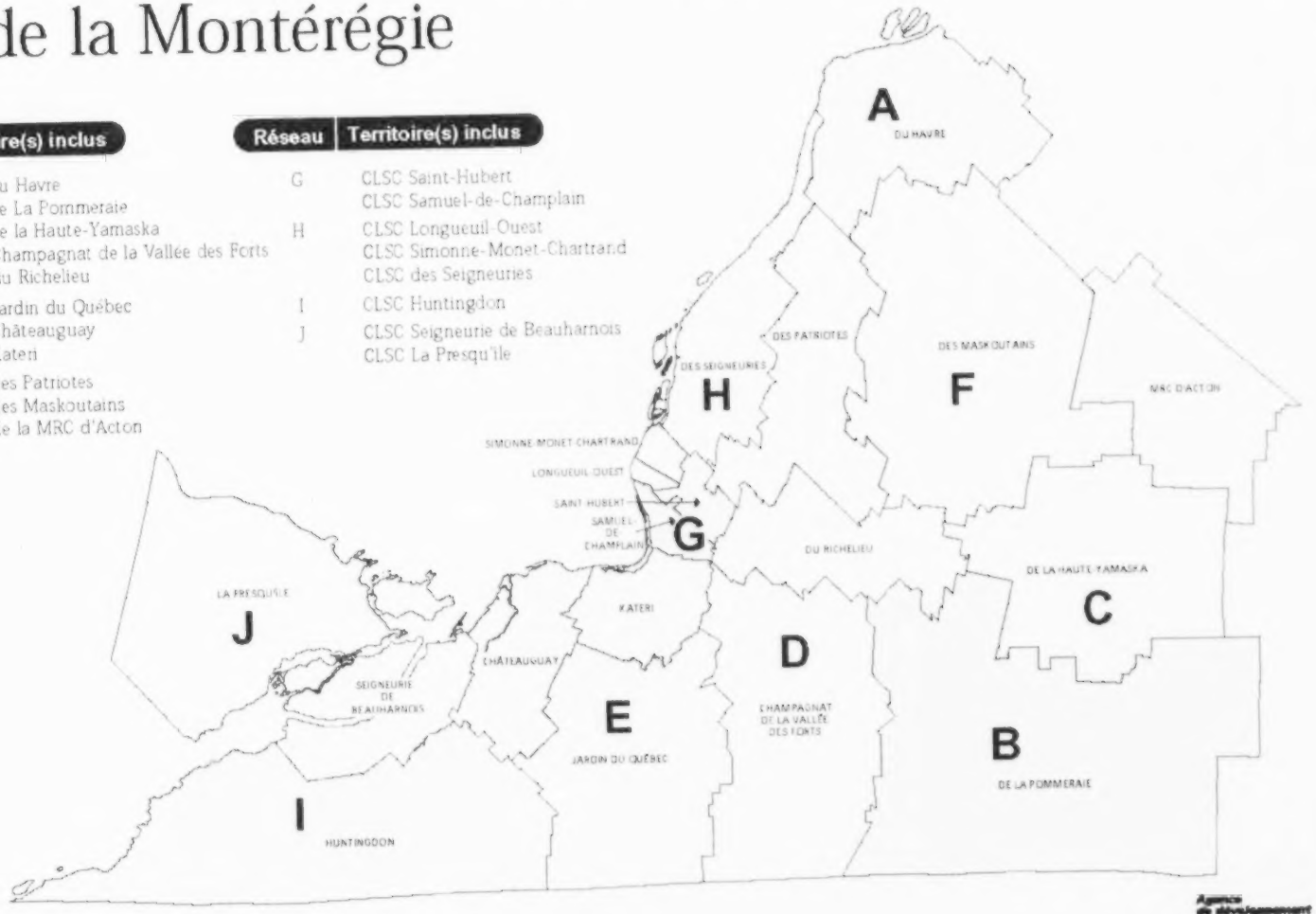


Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec Montérégie

Réseau par territoire de CLSC	Population desservie	% de la Montérégie	Taux d'accroissement de la population (2001-2011)	Superficie totale du territoire	Densité de la population	Établissements de l'instance locale	Autres établissements (mode d'implication des établissements régionaux à définir)	Org. communautaires	Cliniques médicales	Médecins omnipraticiens (en ETP)	Lits de courte durée	Lits de longue durée	RNI-PAPA	Dépenses en $ (établissements de l'instance)	Dépenses globales en $ (établissements de l'instance)	Nbre total d'employés dans l'instance locale (en ETP)
A du Havre	50 773	3,83 %	-8,45 %	593 km²	86 / km²	CLSC du Havre CHSLD du Bas-Richelieu Hôtel-Dieu de Sorel	Résidence Sorel-Tracy Inc.	31	14	44,6	134	294	87	Mission CLSC : 8 081 166 Mission CHSLD : 18 165 459 Mission CH : 45 122 148	71 368 773	1 118,9
B de La Pommeraie	50 467	3,81 %	0,78 %	1 548 km²	33 / km²	CLSC-CHSLD de La Pommeraie Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		35	8	58,9	79	260	10	Mission CLSC : 10 036 096 Mission CHSLD : 15 359 693 Mission CH : 27 994 406	53 390 195	805,5
C de la Haute-Yamaska	84 248	6,36 %	4,65 %	755 km²	112 / km²	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska CH de Granby	Centre gériatrique Courville Inc.	32	12	75,8	112	321	47	Mission CLSC : 11 125 191 Mission CHSLD : 9 717 547 Mission CH : 55 537 268 *(avec lits LD)*	76 380 006	1 195,6
D Champagnat de la Vallée des Forts, du Richelieu	154 032	11,63 %	2,72 %	1 491 km²	103 / km²	CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu Hôpital du Haut-Richelieu Centre Rouville		54	26	127,8	267	580	150	Mission CLSC : 23 769 842 Mission CHSLD : 21 543 751 Mission CH : 95 909 224 *(avec lits LD)*	141 228 817	1 921,9
E Jardin du Québec, Châteauguay, Kateri	178 991	13,5 %	6,3 %	1 220 km²	147 / km²	CLSC Kateri CLSC Châteauguay CLSC Jardin du Québec CHSLD Trèfle d'Or CH Anna-Laberge	CHSLD Jean-Louis-Lapierre Inc. Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay Florence Groulx Inc.	45	21	125	201	542	98	Mission CLSC : 22 456 620 Mission CHSLD : 17 908 850 Mission CH : 63 829 436	104 194 906	1 473,7
F des Patriotes, des Maskoutains, de la MRC d'Acton	192 754	14,55 %	3,16 %	2 405 km²	80 / km²	CLSC-CHSLD des Maskoutains CLSC-CHSLD des Patriotes CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement Champlain-Beloeil Accueil du Rivage Inc.	69	26	151,6	202	846	131	Mission CLSC : 25 509 543 Mission CHSLD : 21 996 835 Mission CH : 108 541 297 *(avec lits LD)*	156 047 675	2 431,7
G Saint-Hubert, Samuel-de-Champlain	194 659	14,69 %	6,0 %	269 km²	724 / km²	CLSC Samuel-de-Champlain CLSC Saint-Hubert CHSLD de la MRC de Champlain	CA Marcelle-Ferron Vigi Santé Ltée Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	42	32	108,4		669	34	Mission CLSC : 24 909 797 Mission CHSLD : 20 081 135	44 990 932	678,3
							Hôpital Charles LeMoyne			44,8	335			Mission CH : 135 246 290		2004,3
H Longueuil-Ouest, Simonne-Monet-Chartrand, des Seigneuries	234 468	17,69 %	2,89 %	457 km²	513 / km²	CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC Longueuil-Ouest CLSC des Seigneuries Centres d'hébergement de Longueuil CHSLD du Littoral CH Pierre-Boucher		82	41	214,8	295	885	123	Mission CLSC : 28 277 713 Mission CHSLD : 50 486 741 Mission CH : 84 688 915	163 453 369	2 636,7
I Huntingdon	24 808	1,87 %	-0,12 %	1 146 km²	22 / km²	CSSS du Haut-Saint-Laurent (CLSC Huntingdon, CH du comté de Huntingdon, Hôp. Barne-Memorial)		13	5	14,9	42	124	15	Mission CLSC : 4 288 221 Mission CHSLD : 3 663 232 Mission CH : 8 060 055	16 011 508	258,1
J Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'île	159 599	12,04 %	6,47 %	1 314 km²	121 / km²	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île Centres du Haut Saint-Laurent CHSLD Des Trois-Rives CH Régional du Suroît		62	21	107,9	175	645	87	Mission CLSC : 21 677 647 Mission CHSLD : 39 185 322 Mission CH : 58 023 155 *(avec lits LD)*	118 886 124	1 871,4

Réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec CLSC Châteauguay CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes CLSC des Maskoutains CLSC de la MRC d'Acton
G	CLSC Saint-Hubert CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec

Réseau par territoire de CLSC	Population desservie	% de la Montérégie	Taux d'accroissement de la population (2001-2011)	Superficie (totale du territoire)	Densité de la population	Établissements de l'assistance sociale	Autres établissements (privés d'hébergement des établissements de santé)	Org. communautaires	Cliniques (officielles)	Médecins omnipraticiens (en ETP)	Lits de courte durée	Lits de longue durée	RI/RTF/APA	Dépenses par $ (établissements de l'extérieur)	Dépenses globales en $ (établissements de l'extérieur)	Nbre total d'employés payés (Postes en ETP)
A du Havre	50 773	3,83 %	-8,45 %	593 km²	86 / km²	CLSC du Havre CHSLD du Bas-Richelieu Hôtel-Dieu de Sorel	Résidence Sorel-Tracy Inc	31	14	44,6	134	294	87	Mission CLSC : 8 081 166 Mission CHSLD : 18 165 459 Mission CH : 45 122 146	71 368 773	1 118,9
B de La Pommeraie	50 467	3,81 %	0,78 %	1 548 km²	33 / km²	CLSC-CHSLD de La Pommeraie Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		35	3	58,9	73	260	10	Mission CLSC : 10 036 096 Mission CHSLD : 15 359 693 Mission CH : 27 994 406	53 390 195	805,5
C de la Haute-Yamaska	84 248	6,36 %	4,65 %	755 km²	112 / km²	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska CH de Granby	Centre gériatrique Courville Inc	32	12	75,8	112	321	47	Mission CLSC : 11 125 131 Mission CHSLD : 9 717 547 Mission CH : 55 537 268 *(avec lits LD)*	76 380 006	1 195,6
D Champagnat de la Vallée des Forts, du Richelieu	154 032	11,63 %	2,72 %	1 491 km²	103 / km²	CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu Hôpital du Haut-Richelieu Centre Rouville		54	26	127,8	267	580	150	Mission CLSC : 23 783 342 Mission CHSLD : 21 543 751 Mission CH : 95 909 224 *(avec lits LD)*	141 228 817	1 921,9
E Jardin du Québec, Châteauguay, Kateri	178 991	13,5 %	6,3 %	1 220 km²	147 / km²	CLSC Kateri CLSC Châteauguay CLSC Jardin du Québec CHSLD Trèfle d'Or CH Anna-Laberge	CHSLD Jean-Louis-Lapierre Inc Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay Florence Groulx Inc	45	21	125	201	542	98	Mission CLSC : 22 456 620 Mission CHSLD : 17 908 850 Mission CH : 63 823 436	104 194 906	1 473,7
F des Patriotes, des Maskoutains de la MRC d'Acton	132 754	14,55 %	3,18 %	2 405 km²	80 / km²	CLSC-CHSLD des Maskoutains CLSC-CHSLD des Patriotes CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement Champlain-Beloeil Accueil du Rivage Inc	69	28	151,6	202	816	131	Mission CLSC : 25 509 543 Mission CHSLD : 21 999 335 Mission CH : 108 541 297 *(avec lits LD)*	156 047 675	2 431,7
G Saint-Hubert, Samuel-de- Champlain	194 659	14,69 %	6,0 %	269 km²	724 / km²	CLSC Samuel-de-Champlain CLSC Saint-Hubert CHSLD de la MRC de Champlain	CA Marcelle-Ferron Vigi Santé Ltée Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	42	32	108,4		689	34	Mission CLSC : 24 909 797 Mission CHSLD : 20 081 135	44 990 932	678,3
							Hôpital Charles LeMoyne			44,8	335			Mission CH : 135 246 290		2004,3
H Longueuil-Ouest, Simonne-Monet- Chartrand, des Seigneuries	234 468	17,69 %	2,89 %	457 km²	513 / km²	CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC Longueuil-Ouest CLSC des Seigneuries Centres d'hébergement de Longueuil CHSLD du Littoral CH Pierre-Boucher		82	41	214,6	295	835	123	Mission CLSC : 28 277 713 Mission CHSLD : 50 486 741 Mission CH : 94 689 915	163 453 369	2 636,7
I Huntingdon	24 608	1,87 %	- 0,12 %	1 146 km²	22 / km²	CSSS du Haut-Saint-Laurent (CLSC Huntingdon, CH du comté de Huntingdon, Hôp. Barne-Memorial)		13	5	14,9	42	124	15	Mission CLSC : 4 288 221 Mission CHSLD : 3 663 232 Mission CH : 8 060 055	16 011 508	258,1
J Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'île	159 589	12,04 %	6,47 %	1 314 km²	121 / km²	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île Centres du Haut Saint-Laurent CHSLD Des Trois Rives CH Régional du Suroît		62	21	107,9	175	645	87	Mission CLSC : 21 677 647 Mission CHSLD : 39 185 322 Mission CH : 58 023 155 *(avec lits LD)*	118 886 124	1 871,4

Nous exposerons d'abord dans ce chapitre les arguments sur lesquels se fondent les propositions retenues par le conseil d'administration. Nous présenterons ensuite les propositions relatives à chacun des réseaux locaux de services, en s'appuyant sur l'approche par sous-région historique adoptée dans le cadre de notre démarche. Ainsi, pour chacune des sous-régions de la Montérégie, nous ferons d'abord état des informations pertinentes aux différents critères de prise de décision et rappellerons également les options soumises à la consultation. Suivront ensuite la synthèse des points de vue exprimés par les partenaires dans le cadre des audiences ainsi que la proposition proprement dite relativement à la délimitation territoriale et à la composition de l'instance locale. Nous terminerons cette présentation par une discussion des principaux enjeux soulevés par la mise en œuvre de la proposition, advenant qu'elle soit entérinée par le ministre. Des recommandations additionnelles seront également formulées, lorsque nécessaire, afin de préciser les engagements que le conseil d'administration entend prendre au regard de la mise en œuvre de sa proposition.

LES FONDEMENTS DE LA DÉCISION

Responsabilité populationnelle

La vision novatrice de l'offre de service local prescrite par la loi 25 nous renvoie d'abord à l'interprétation de la notion de responsabilité populationnelle. Aux yeux de l'Agence, cette notion repose sur un engagement ferme de la part des dirigeants et des intervenants à prendre leurs décisions de manière à produire l'impact le plus favorable possible sur la santé de la population de leur territoire. Selon ce point de vue, l'amélioration de la santé de la population dont nous sommes responsables constitue l'objectif supérieur et la finalité de l'action. La notion de responsabilité populationnelle repose également sur l'acceptation par les acteurs d'une imputabilité face à cette même population quant aux choix effectués et aux résultats obtenus.

Dans l'esprit des membres du conseil d'administration, cette notion a deux implications *sine qua non* pour la Montérégie. En premier lieu, l'Agence est d'abord elle-même porteuse d'une responsabilité populationnelle face aux citoyens de la Montérégie et doit donc, en conséquence, assurer sur son territoire une couverture de services maximale en réponse aux besoins de services généraux et spécialisés de sa population. Deuxièmement, les réseaux locaux de services sont également porteurs d'une responsabilité populationnelle face aux personnes qui vivent, résident ou travaillent sur leur territoire, et doivent rendre accessible une offre de service de base qui fait appel à l'ensemble des missions CLSC, CHSLD et CHSGS de même qu'à la contribution active de leurs partenaires publics, communautaires et privés du palier local. Le préambule du projet de loi prévoit à cet effet que chacun des réseaux locaux doit comprendre une instance locale regroupant les établissements identifiés par l'Agence qui offrent les services d'un CLSC, d'un CHSLD et, sauf exception, ceux d'un centre hospitalier.

C'est sur la base de cette interprétation de la responsabilité populationnelle que le conseil d'administration préconise une définition des réseaux locaux de services qui privilégie d'abord de servir la population de la Montérégie dans son territoire et dans sa région. Cette orientation explique la décision de réunir le territoire de La Presqu'île avec celui de Seigneurie de Beauharnois, de manière à éviter une trop forte dépendance à la région de Montréal pour les services hospitaliers non présents sur le territoire de La Presqu'île et à réaliser en Montérégie le développement de services requis pour cette sous-région. C'est également en vertu de cette même orientation que le conseil n'a pas cru bon de constituer des réseaux locaux de services sans hôpitaux.

Toutefois, compte tenu de la mobilité importante de la population relativement à son utilisation de services et puisque chaque citoyen pourra continuer d'aller à l'établissement de son choix, il faudra d'abord, une fois les réseaux locaux de services dûment constitués, adopter les ententes de services nécessaires entre les réseaux locaux afin d'assurer un accès approprié aux populations dont les habitudes d'utilisation se font en faveur de réseaux autres que leur réseau local d'appartenance. On pense, par exemple, aux résidents des municipalités de St-Bruno, Saint-Basile-le-Grand, Napiervielle, St-Césaire, Waterloo ou Contrecoeur, pour n'en nommer que quelques-unes. Il pourrait même être

nécessaire de revoir la délimitation de certains territoires, mais cela ne pourra être considéré que dans un deuxième temps.

Il deviendra également impératif d'harmoniser l'offre de service entre les réseaux locaux de services. Les cinq orientations prioritaires du Plan stratégique triennal, incluant celles du Plan d'action régional de santé publique, constitueront le cadre de référence pour ce faire. Cet impératif d'harmonisation de l'offre de service constitue l'un des facteurs qui milite en faveur d'une gouverne régionale forte, notamment au niveau de l'élaboration du projet clinique.

Notion de complexité

Un autre enjeu important relativement à l'interprétation de la loi dans le contexte montérégien avait trait à la notion de « complexité », en vertu de laquelle il peut être justifié qu'un établissement hospitalier ne soit pas inclus dans l'instance locale. Dans le texte de loi, la notion de complexité réfère à « l'étendue du territoire desservi par l'établissement, au nombre ou à la capacité des installations qui s'y trouvent, à la provenance ou aux caractéristiques socioculturelles, ethnoculturelles ou linguistiques de la clientèle desservie ».

En pratique, un jugement « dichotomique » devait être posé par le conseil d'administration relativement au critère de complexité : un établissement est ou n'est pas complexe. Mais la réalité est plus nuancée, particulièrement en Montérégie, puisque la plupart de nos hôpitaux se situent tous à un niveau relativement élevé de complexité. En effet, la taille des établissements, le budget et le volume d'activités, le nombre de disciplines et de spécialités médicales présentes, l'offre de service spécialisé, le degré de participation à des activités de recherche et d'enseignement, bref, un ensemble de facteurs font en sorte qu'une majorité des établissements hospitaliers en Montérégie ont des profils de complexité nettement supérieurs à la moyenne québécoise.

C'est pourquoi nous avons analysé plus à fond les caractéristiques des centres hospitaliers de la région. Nous avons ainsi pu déterminer que la majorité des centres atteint un certain niveau de complexité mais que seul l'Hôpital Charles LeMoyne se démarque vraiment des autres. Par ailleurs, les autres centres hospitaliers de la région se situent à des niveaux de complexité comparables à ceux des centres hospitaliers qui font l'objet d'une fusion dans d'autres régions. Enfin, les résultats de l'étude de préfaisabilité d'une fusion entre le CH Pierre-Boucher et l'Hôpital Charles LeMoyne ont amené le conseil à prendre la décision de ne pas poursuivre en ce sens. En définitive, seul l'Hôpital Charles LeMoyne rencontre donc, en pratique, les critères de complexité et sera conséquemment exclu de l'instance locale. Toutefois, il devra demeurer un partenaire fort d'un réseau local solidement maillé avec l'instance locale définie.

Soulignons un dernier point essentiel à l'exercice de la mission hospitalière en Montérégie, à savoir la nécessité d'accroître la complémentarité entre les centres hospitaliers Pierre-Boucher et Charles LeMoyne. Le conseil d'administration estime qu'il faut mettre un terme à la dynamique peu productive de compétition qui a prévalu longtemps entre les deux institutions et, comme le souhaitent les dirigeants en place, préconise plutôt de renforcer leur contribution respective dans une optique de complémentarité. Plus spécifiquement, il sera nécessaire d'accroître la complémentarité de la programmation d'ensemble des deux établissements. Le conseil d'administration est d'avis que l'Agence devra jouer un rôle central en ce sens en misant sur les forces respectives afin de rehausser la capacité de l'offre de service en Montérégie. Il faudra à cet effet élaborer un plan de complémentarité relativement à l'utilisation des plateaux de services, incluant le centre ambulatoire, à la dispensation des services généraux, spécialisés et ultra spécialisés ainsi qu'à l'actualisation de la mission universitaire, prioritairement avec l'université la plus active dans la région, soit l'Université de Sherbrooke.

Faire converger les logiques populationnelle et organisationnelle

Les membres du conseil d'administration appuient unanimement la création de réseaux locaux de services de telle manière qu'ils regroupent l'ensemble des missions CLSC, CHSLD et CHSGS sur un territoire défini, conformément à l'option A soumise à la consultation. Ainsi que nous l'avons expliqué précédemment, en raison de la complexité de l'Hôpital Charles LeMoyne, ce dernier conserve une gouverne différenciée dans le cadre d'un projet de maillage étroit avec son réseau local d'appartenance.

Une telle approche apparaît, au terme de la consultation et des délibérations qui ont suivi, plus fidèle à l'esprit de la loi et plus susceptible de permettre l'intégration recherchée. À l'inverse, l'absence d'un CH dans l'instance locale aurait pu compromettre la capacité du réseau local d'offrir à la population dont il est responsable, la large gamme de services généraux et spécialisés visée dans la loi. L'option d'intégrer complètement les trois missions au sein de l'instance locale est, selon ce point de vue, celle qui permettra le mieux au conseil d'administration local de mobiliser l'ensemble des leviers de l'intégration au bénéfice de la population, tout en réduisant au minimum les coûts afférents aux processus de contractualisation et de gestion des ententes de services. Elle fournira, en outre, des masses critiques plus importantes, tant au point de vue des ressources et de l'expertise disponible que de la taille de la population à desservir.

Donnée également significative : l'approche retenue par l'Agence prévient l'accentuation des iniquités intrarégionales relativement au niveau des ressources des différents territoires. En effet, selon le scénario découlant de l'option B, des instances locales sans hôpitaux auraient dû desservir des collectivités actuellement plus favorisées et plus jeunes que celles des autres territoires, mais dont le vieillissement de la population se fera sentir de manière plus rapide au cours des prochaines années. Ces instances locales sans hôpitaux auraient été relativement moins bien pourvues en ressources avec pour conséquence possible de créer un incitatif pour le développement de nouvelles installations hospitalières dans leurs territoires locaux, tout en fragilisant l'infrastructure actuellement en place au niveau hospitalier dans le reste de la région.

Mais l'option retenue comporte certains inconvénients avec lesquels il faudra composer. La fusion des trois missions au sein d'une instance locale impliquera en effet la création d'organisations de grande taille ainsi que des changements organisationnels significatifs, incluant la redéfinition des rôles et responsabilités d'un grand nombre d'intervenants et des coûts administratifs de transition. Les résultats mitigés de certains processus de fusion dans le passé en inquiètent plusieurs. Il faut toutefois souligner que si les fusions horizontales d'établissements de même mission sont généralement ardues, les fusions verticales d'établissements dont les missions sont complémentaires apportent généralement des résultats plus probants.

Ce nouveau cadre organisationnel complexe, comportant une affectation des personnels dans de nombreux pavillons, pourrait d'autre part amener une plus grande distance entre les décideurs et le personnel, avec des risques d'une déshumanisation de la gestion. Clairement, les enjeux relatifs à la mobilisation des ressources dans le contexte de la mise en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic devront faire l'objet d'une attention soutenue de la part des dirigeants et des instances syndicales.

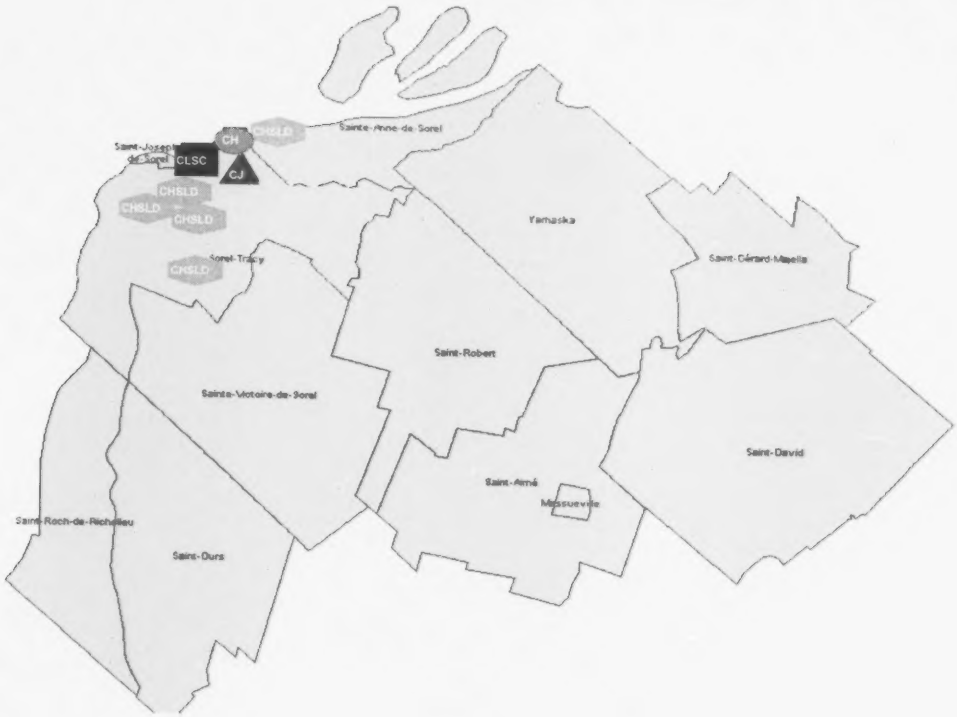
Comme l'ont fait remarquer le Forum de la population, plusieurs CLSC et organismes communautaires ainsi que certains acteurs municipaux, le scénario privilégié par le conseil d'administration rendra nécessaire l'établissement de modalités afin d'assurer l'appropriation, la participation active et l'exercice d'un leadership de la part de la population, en vue de conférer aux collectivités locales le pouvoir nécessaire à la prise en compte de leurs besoins et de leurs préférences dans le processus décisionnel. La création de réseaux locaux de services en Montérégie devra s'accompagner de mesures novatrices de participation des citoyens de même que des professionnels et médecins. Ces mesures restent à définir concrètement, mais le message de la consultation à cet égard était clair et il a été entendu. Il s'agira là d'un des défis prioritaires à relever par les acteurs locaux dans le cadre des étapes subséquentes du projet de développement des réseaux locaux de services.

3.1 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE SOREL

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	31
CLINIQUES MÉDICALES :	14
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	*8*
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ:	1
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	39

3.1 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE SOREL

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	31
CLINIQUES MÉDICALES :	14
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	8
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ:	1
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	39



SOUS-RÉGION DE SOREL
Territoire de CLSC : Sorel (51 100)

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population à desservir totalisant 51 100 personnes en 2001, plus âgée que la moyenne de la région. Le profil de besoins se situe globalement à un niveau élevé, la population figurant au 13^{e} rang sur 14 dans la région relativement aux indicateurs disponibles.

- L'utilisation des services se fait principalement dans la sous-région.

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est réalisée essentiellement au bénéfice de la population locale, ainsi que pour la population de la municipalité limitrophe de Contrecoeur, en ce qui concerne les services hospitaliers.

- Les dirigeants des établissements locaux considèrent que la sous-région constitue le bassin de desserte naturel et que l'instance locale devrait regrouper les trois types d'établissements CHSGS, CLSC et CHSLD actuels.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Fort sentiment d'appartenance de la collectivité à la sous-région.

- Concordance avec la délimitation des territoires de MRC et de la commission scolaire.

- Pratiques de concertation bien établies au niveau local.

OPTION SOUMISE À LA CONSULTATION

Une seule option à considérer, à savoir que le réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel du CLSC du Havre et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire (missions CLSC, CHSLD, CHSGS).

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DE SOREL

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	4
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	0
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DE CETTE SOUS-RÉGION :	4

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) Corporation de développement communautaire (CDC) du Bas-Richelieu
(2) Conseil d'administration du CLSC du Havre
(3) Conseil multidisciplinaire de l'Hôtel-Dieu de Sorel
(4) Conseil multidisciplinaire du CLSC du Havre

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
Unique	*2 (1, 4)**	*0*	*0*	*2 (2, 3)*

* *La Corporation de développement communautaire (CDC) du Bas-Richelieu (1) et le Conseil multidisciplinaire du CLSC du Havre (4) ne se reconnaissent pas dans « la façon de faire » ou le processus utilisé (un « grave déficit démocratique ») pour établir la proposition soumise à la consultation et sont en désaccord avec le fait de forcer la fusion des établissements.*

La Corporation de développement communautaire (CDC) du Bas-Richelieu indique par ailleurs se reconnaître dans le partenariat existant et développé dans la sous-région avec le CLSC et le centre hospitalier.

La quantité et la nature des commentaires apportés aux questions 2 et 3 de la consultation permettent d'avancer l'hypothèse que ces deux acteurs (1, 4) sont, malgré cela, plutôt en accord avec la délimitation proposée du territoire.

OPTION UNIQUE

RÉSUMÉ DE L'OPTION : UN RÉSEAU LOCAL

Un réseau local couvrant le territoire de CLSC et regroupant le CLSC du Havre, l'Hôtel-Dieu de Sorel et Les CHSLD du Bas-Richelieu.

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS S'ÉTANT MONTRÉS FAVORABLES À CETTE OPTION :	2
▫ *Conseil d'administration du CLSC du Havre* [2] ▫ *Conseil multidisciplinaire de l'Hôtel-Dieu de Sorel* [3]	
LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI :	0
LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) :	0

ARGUMENTATION

1) Profil et besoins de la population

- *Nil*

2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux

- *Par rapport à la capacité de l'offre de service général et préventif (première ligne) à l'échelle de l'ensemble du ou des territoires proposés, on relève que :*
  - *les expertises spécifiques développées dans la sous-région, que ce soit au niveau des services de première ligne, de l'hébergement ou des services médicaux hospitaliers, ont permis à la sous-région de répondre à près de 85 % des besoins en services de santé et services sociaux et constituent un bel exemple d'accessibilité et de responsabilité populationnelle* [2].

- *Par rapport au potentiel de réseautage des services généraux et préventifs à l'échelle de l'ensemble du territoire proposé, on souligne :*
  - *« la possibilité de pouvoir passer d'une vision plutôt épisodique, dans le cadre d'une hospitalisation, à une vision globale et intégrée centrée sur les besoins bio psychosociaux du client apparaît primordiale »* [3];
  - *l'instance locale devrait être constituée des trois établissements ciblés. En corollaire, le RLS devrait être constitué de l'instance locale et de liens de partenariat étroits avec les organismes communautaires, l'intersectoriel et les établissements du réseau à vocation régionale* [2].

3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale

- *Les liens de collaboration du CLSC avec le milieu communautaire ont été soulignés dans le mémoire du CLSC et aux audiences. « La tradition de collaboration avec le milieu communautaire est basée sur le respect, sur l'existence d'une lecture commune des problèmes de santé et sociaux relatifs à la population desservie et sur une confiance mutuelle dans nos champs d'action respectifs ». On souhaite éviter que l'instance locale soit perçue à la fois comme « juge et partie »* [2].

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Les données sont insuffisantes pour permettre la production d'un graphique synthèse.

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC DU HAVRE (A)

Que le réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC du Havre et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC du Havre, Les CHSLD du Bas-Richelieu et l'Hôtel-Dieu de Sorel

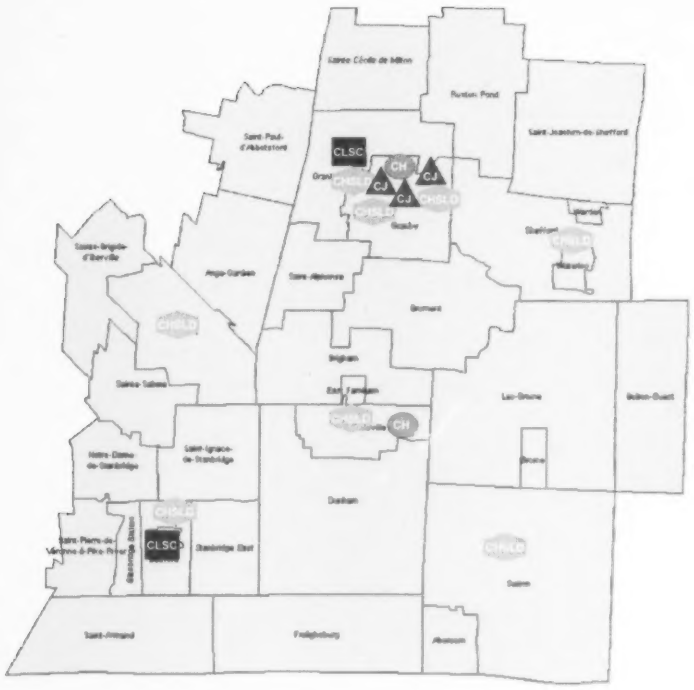
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les enjeux propres à ce réseau local de services sont reliés à sa situation géographique en lien avec la capacité à attirer et à garder les professionnels de la santé requis, ainsi qu'avec un pourcentage de population âgée le plus élevé comparativement à celui du reste de la Montérégie et du Québec.

Le réseautage des services généraux et préventifs à l'échelle de l'ensemble du territoire proposé est aussi un enjeu qui pourra par ailleurs être abordé en misant sur une tradition de collaboration et des réussites probantes au niveau sociocommunautaire.

3.2 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	66
CLINIQUES MÉDICALES :	20
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	22
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ :	1
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL :	60



3.2 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	66
CLINIQUES MÉDICALES :	20
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	22
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ :	1
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL :	60

SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE
Territoires de CLSC : de la Haute-Yamaska (84 248) et de La Pommeraie (50 467)

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population à desservir de 135 000 personnes en 2001, plus âgée que la moyenne de la région, particulièrement dans le territoire de CLSC de La Pommeraie. Chacun des deux territoires est relativement homogène et se distingue sur le plan linguistique et culturel. Les deux territoires sont séparés par l'autoroute 10.
- Les indicateurs de besoins sélectionnés pour décrire le profil de la population attribuent une position plutôt défavorable à chacun des deux territoires (9e sur 14 pour le CLSC de La Pommeraie et 11e sur 14 pour le CLSC de la Haute-Yamaska).
- L'utilisation des services se fait principalement à l'intérieur de chacun des territoires spécifiques.

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est réalisée essentiellement au bénéfice de la population locale.
- Les dirigeants des établissements locaux estiment que la sous-région se divise en deux bassins de desserte naturels répondant aux caractéristiques propres à chacun, dont le profil linguistique de la clientèle, et que l'instance locale devrait regrouper les trois types d'établissements CHSGS, CLSC et CHSLD dans chacun des deux territoires de CLSC actuels.
- Il existe une complémentarité de services entre les deux territoires et les acteurs sont désireux de la maintenir.
- Niveau d'intégration des services parmi les plus développés au niveau de la Montérégie.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Fort sentiment d'appartenance de la collectivité à son territoire local.
- Concordance partielle avec la délimitation des quatre territoires de MRC.
- Une commission scolaire francophone dessert la presque totalité de la sous-région alors qu'une commission scolaire anglophone couvre la totalité de celle-ci.
- Pratiques de concertation bien établies au niveau de chaque territoire local.

OPTION SOUMISE À LA CONSULTATION

Une seule option doit être considérée sur la base de notre analyse, soit celle de constituer un réseau local de services dans chacun des territoires actuels de CLSC, ce qui respecte les caractéristiques du milieu et satisfait les balises ministérielles.

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DE GRANBY-COWANSVILLE

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	6
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	2
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DE CETTE SOUS-RÉGION :	12

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) Syndicat des infirmiers et infirmières du Centre hospitalier de Granby
(2) Corporation de développement communautaire (CDC) de la Haute-Yamaska
(3) Centre local de développement (CLD) Haute-Yamaska
(4) MRC Brome-Missisquoi
(5) CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska
(6) Centre hospitalier de Granby
(7) CLSC-CHSLD de La Pommeraie
(8) Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
(9) Corporation de développement communautaire (CDC) de Brome-Missisquoi
(10) Projet de maillage (RLSSS Haute-Yamaska et RLSSS Brome-Missisquoi)
(11) AQDR de Granby
(12) Dynamique des handicapés de l'Estrie

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
Unique			*1 (2)*	*8 (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)*

OPTION UNIQUE

RÉSUMÉ DE L'OPTION : DEUX RÉSEAUX LOCAUX

1. *Un réseau local couvrant le territoire de CLSC de la Haute-Yamaska et regroupant le CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska et le Centre hospitalier de Granby;*
2. *Un réseau local couvrant le territoire de CLSC de La Pommeraie et regroupant le CLSC-CHSLD de La Pommeraie et l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins.*

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS S'ÉTANT MONTRÉS FAVORABLES À CETTE OPTION : 10

- *Syndicat des infirmiers et infirmières du Centre hospitalier de Granby* [1]
- *Corporation de développement communautaire (CDC) de la Haute-Yamaska* [2]
- *Centre local de développement (CLD) Haute-Yamaska* [3]
- *MRC Brome-Missisquoi* [4]
- *CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska* [5]
- *Centre hospitalier de Granby* [6]
- *CLSC-CHSLD de La Pommeraie* [7]
- *Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins* [8]
- *Corporation de développement communautaire (CDC) de Brome-Missisquoi* [9]
- *Projet de maillage (RLSSS Haute-Yamaska et RLSSS Brome-Missisquoi)* [10]

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI : 0

LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) : 0

ARGUMENTATION

1) Profil et besoins de la population

- *Dans l'ensemble, lorsqu'ils se sont exprimés sur l'un ou l'autre des aspects de cette rubrique, les acteurs se sont dits très à l'aise avec la proposition de l'Agence* [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9].
- *Les commentaires spécifiques suivants ont été formulés :*
  - *en accord avec la proposition de l'Agence pour toutes les raisons énumérées dans le document « Accessibilité pour une garantie de services »* [1];
  - *au-delà du découpage territorial, ce qui est souhaitable est l'harmonisation de la capacité à donner des services* [7, 8, 9];
  - *la proposition de l'Agence respecte les particularités rurales et culturelles du territoire* [7, 8, 9].

2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux

- *Bien que près de la moitié des acteurs ne se soient pas exprimés spécifiquement sur ce point, ceux qui l'ont fait se sont dits très à l'aise avec la proposition de l'Agence* [1, 3, 4, 5, 6].
- *Les commentaires spécifiques suivants ont été formulés :*
  - *le territoire de la Haute-Yamaska est l'un des plus dépourvus, tant au regard des soins aigus qu'au regard des soins de longue durée en établissement et en milieu naturel* [5, 6];
  - *il existe une volonté d'actualiser un maillage local (Haute-Yamaska – Brome-Missisquoi) et supralocal pour les services spécialisés* [3, 6, 7, 8, 9, 10].
- *Des craintes ont été exprimées :*
  - *que la première ligne devienne le parent pauvre du réseau* [2];
  - *que les groupes communautaires soient utilisés à titre de sous-traitants* [2];
  - *par rapport à la non-représentation des groupes communautaires dans le processus* [2];
  - *qu'il y ait concentration des services dans les hôpitaux au détriment des CLSC-CHSLD (retour à une vision médicale et curative de la santé au lieu d'une vision globale)* [2];
  - *que soit démantelé le programme SOC dans 2 ans et qu'il y ait localisation du financement par ententes de services* [3].
- *Et enfin, des souhaits ont été formulés :*
  - *qu'une vision stratégique de la santé fasse de la santé de la population la première préoccupation* [3];
  - *que soit maintenue une place prépondérante pour la promotion–prévention* [2].

3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale

Bien que plusieurs des aspects de cette rubrique n'aient pas été spécifiquement abordés par les acteurs qui ont pris part à la consultation, ceux qui l'ont fait n'exprimaient ni confort, ni inconfort à l'égard de la proposition de l'Agence [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

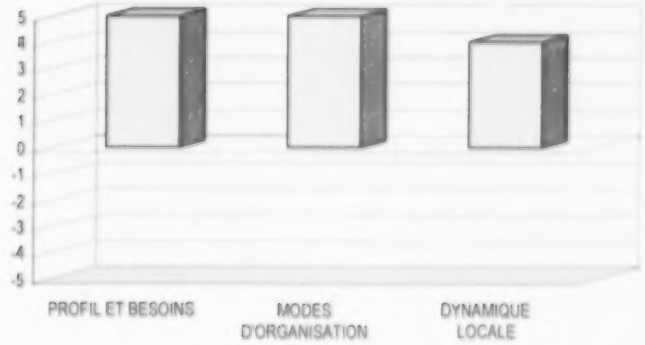
Les craintes ou questionnements suivants ont, en outre, été exprimés :

- *questionnements par rapport aux habitudes de consommation de services de la population de certaines municipalités limitrophes* [1, 7, 8, 9];
- *craintes que la création de méga-établissements entraîne une déshumanisation et une dépersonnalisation des soins et services* [2];
- *absence de mention de la défense des droits des usagers dans le projet* [11, 12].

En somme, les acteurs qui se sont exprimés se sont dits en majorité [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10] *en accord avec la proposition de l'Agence, tandis qu'un mémoire déposé au nom de deux acteurs* [11, 12] *ne présentait pas de position sur la proposition, mais exposait des préoccupations sur l'organisation des services et sur des questions d'éthique ou de défense des droits des usagers.*

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Indice du confort exprimé par les acteurs ayant participé à la consultation à l'égard de la proposition de l'Agence
- Sous-région de Granby-Cowansville - (n=12)



PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC DE LA POMMERAIE (B)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC de La Pommeraie et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC-CHSLD de La Pommeraie et l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins.

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC DE LA HAUTE-YAMASKA (C)

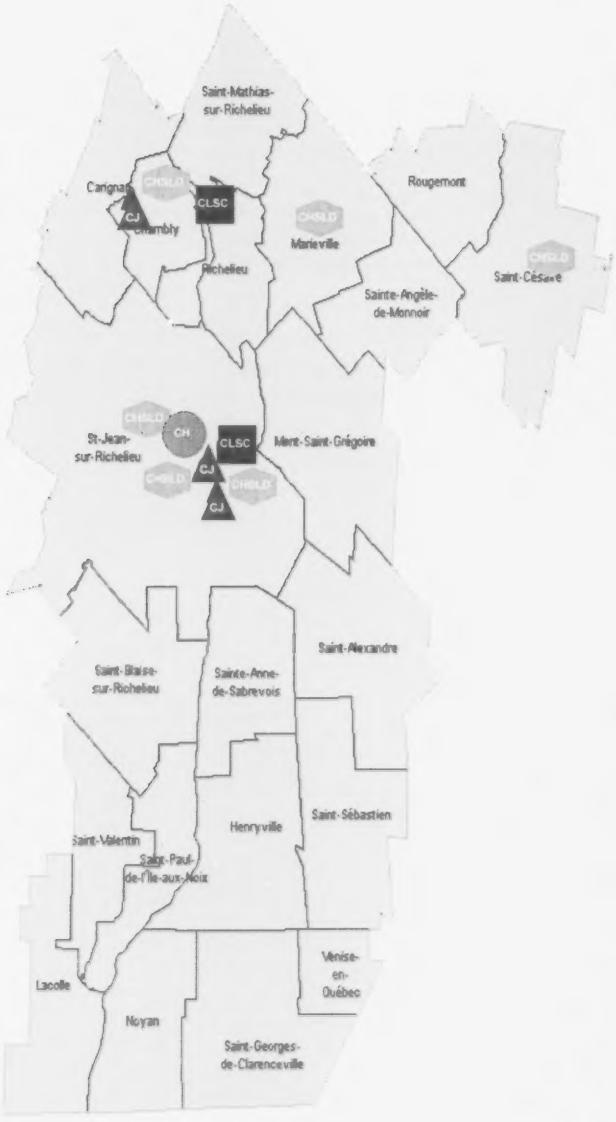
Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC de la Haute-Yamaska et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska et le Centre hospitalier de Granby.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

La bonne réceptivité des acteurs locaux face à la recommandation de l'Agence et leur volonté d'aller rapidement de l'avant dans son actualisation situent un premier enjeu au niveau de la capacité qu'auront les établissements visés par les fusions à réaliser celles-ci en assurant l'intégration des différentes missions tout en maintenant l'offre de service dans le territoire.

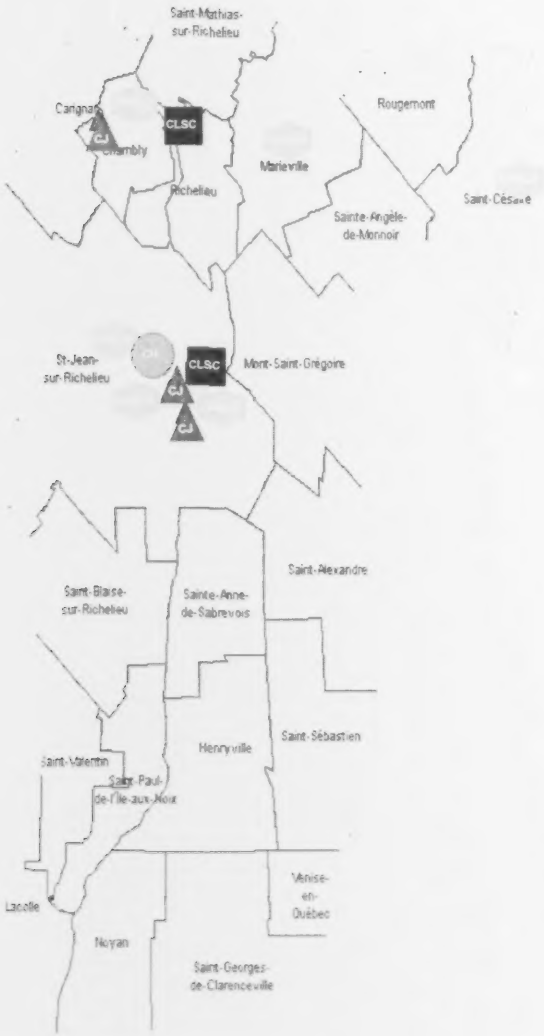
De plus, comme les acteurs du milieu l'ont exprimé, un deuxième enjeu lié à l'établissement de ces deux réseaux locaux sera de maintenir, voire même de développer, la complémentarité nécessaire entre ceux-ci pour assurer l'accessibilité à des ressources spécialisées sur les deux territoires ou auprès d'autres établissements de la Montérégie.

3.3 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN



NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	46
CLINIQUES MÉDICALES :	26
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	*10*
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ :	0
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL :	277

3.3 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN



NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :	46
CLINIQUES MÉDICALES :	26
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	*10*
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ :	0
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL :	277

SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN
Territoires de CLSC : Champagnat de la Vallée des Forts (101 268) et du Richelieu (52 764)

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population à desservir de 154 000 personnes en 2001 avec un profil de besoins qui se situe globalement autour de la moyenne régionale. On note toutefois que les deux territoires diffèrent légèrement à ce chapitre. Le territoire de CLSC du Richelieu se classe en effet en position assez favorable au 5^{e} rang sur 14 dans la région, alors que le territoire de CLSC Champagnat de la Vallée des Forts figure quant à lui au 10^{e} rang sur 14.
- L'utilisation des services se fait principalement à l'intérieur de la sous-région, quoique dans une moindre mesure pour les municipalités de St-Césaire et de Rougemont (en regard des hospitalisations qui s'orientent à 44 % vers le CH de Granby - peu de cas enregistrés).

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est réalisée essentiellement au bénéfice de la population locale, ainsi que d'une partie de la population habitant le territoire voisin du CLSC Jardin du Québec, ce qui correspond à 5,3 % de la production de l'Hôpital du Haut-Richelieu.
- Les dirigeants des établissements locaux conviennent que la sous-région constitue le bassin de desserte naturel et que l'instance locale devrait regrouper les trois types d'établissements CHSGS, CLSC et CHSLD présents dans le territoire.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Sentiment d'appartenance de la collectivité à la sous-région, qui s'appuie sur une histoire commune.
- Concordance partielle avec la délimitation des trois territoires de MRC.
- Concordance importante avec une commission scolaire, et partielle avec une deuxième.
- Pratiques de concertation bien établies au niveau local, bien que dans une moindre mesure dans le territoire de CLSC Champagnat de la Vallée des Forts.

OPTION SOUMISE À LA CONSULTATION

Une seule option à considérer, à savoir que le réseau local de services soit défini sur la base de la sous-région de St-Jean et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans les territoires de CLSC Champagnat de la Vallée des Forts et du Richelieu (missions CLSC, CHSLD, CHSGS).

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DE SAINT-JEAN

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	*6*
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	*0*
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DE CETTE SOUS-RÉGION :	*8*

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) Hôpital du Haut-Richelieu
(2) CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
(3) CLSC du Richelieu et Centre Rouville
(4) Conseil multidisciplinaire et Conseil des infirmiers et infirmières de l'Hôpital du Haut-Richelieu
(5) CAP Montérégie
(6) AQDR Haut-Richelieu
(7) Corporation de développement communautaire (CDC) du Haut-Richelieu

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
Unique	*1 (6)*	*1 (5)*	*4 (2, 3, 4)*	*1 (1)*

OPTION UNIQUE

RÉSUMÉ DE L'OPTION : UN RÉSEAU LOCAL

Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts, le CLSC du Richelieu, l'Hôpital du Haut-Richelieu et le Centre Rouville.

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS S'ÉTANT MONTRÉS FAVORABLES À CETTE OPTION : 5

- *Hôpital du Haut-Richelieu* [1]
- *CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts* [2]
- *CLSC du Richelieu et Centre Rouville* [3]
- *Conseil multidisciplinaire et Conseil des infirmiers et infirmières de l'Hôpital du Haut-Richelieu* [4]
- *CAP Montérégie* [5]

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI : 0

LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) : 0

ARGUMENTATION

- *La proposition de l'Agence ne crée pas d'inconfort majeur. Les quelques craintes formulées ont trait à la distance entre la population et la prise de décision (rubrique « Dynamique communautaire et intersectorielle locale »), mais surtout à la taille de la structure qui est perçue comme une menace aux services à la population et un défi pour l'organisation des services (rubrique « Autres »).*

1) Profil et besoins de la population

- *Ce qui ressort :*
  - *le territoire est grand et les sites éloignés les uns des autres mais le découpage est adéquat et respecte le territoire naturel* [2, 3]*. En outre, la clientèle est homogène* [2]*;*
  - *des ententes seront nécessaires pour les clients desservis par d'autres centres hospitaliers que celui du territoire* [2]*.*

2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux

- *La création d'un tel réseau local de services laisse entrevoir les éléments positifs suivants :*
  - *une meilleure intégration* [2] *et une augmentation de l'intégration des services de santé* [1, 2]*;*
  - *une opportunité de complémentarité des services* [2]*;*
  - *un rapprochement CH-CLSC* [1]*.*

- *Et les éléments négatifs suivants :*
  - *une perte de services médicaux spécialisés vers le CH régional* [3]*;*
  - *un défi en ce qui a trait à l'harmonisation des programmations* [1]*.*

3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale

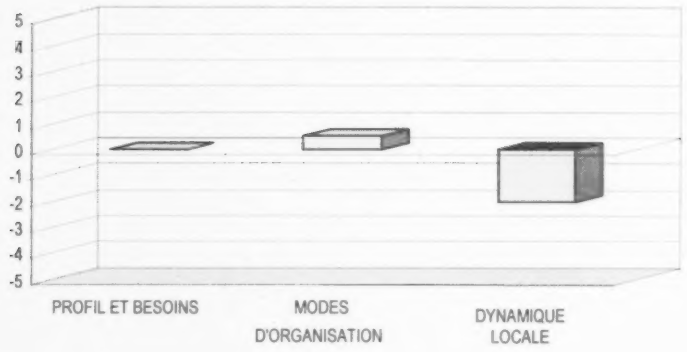
- *Les craintes formulées dans cette rubrique se résument comme suit :*
  - *Certaines populations situées loin des centres de décision peuvent éprouver une diminution de leur sentiment d'appartenance* [2]*;*
  - *le gigantisme de la nouvelle structure annihile toute représentation de la population et des partenaires* [5, 6]*.*

4) Autres

- *C'est ici qu'ont été formulées les craintes les plus partagées :*
  - *la taille imposante de la structure inquiète* [5, 6] *et l'on s'interroge sur la possibilité que la structure puisse avoir préséance sur l'usager* [3, 5, 6]*;*
  - *on s'inquiète également de l'organisation des services ultérieure à la fusion* [2, 3, 6]*.*

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Indice du confort exprimé par les acteurs ayant participé à la consultation à l'égard de la proposition de l'Agence
- Sous-région de Saint-Jean - (n=8)



PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC CHAMPAGNAT DE LA VALLÉE DES FORTS ET DU RICHELIEU (D)

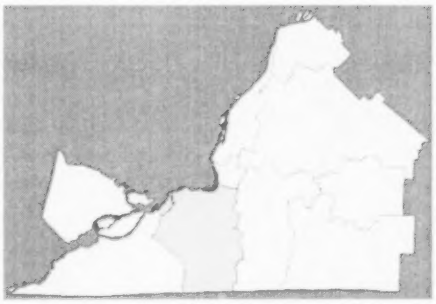
Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Champagnat de la Vallée des Forts et du Richelieu, et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit les CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts, le CLSC Richelieu et Centre Rouville, l'Hôpital du Haut-Richelieu.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

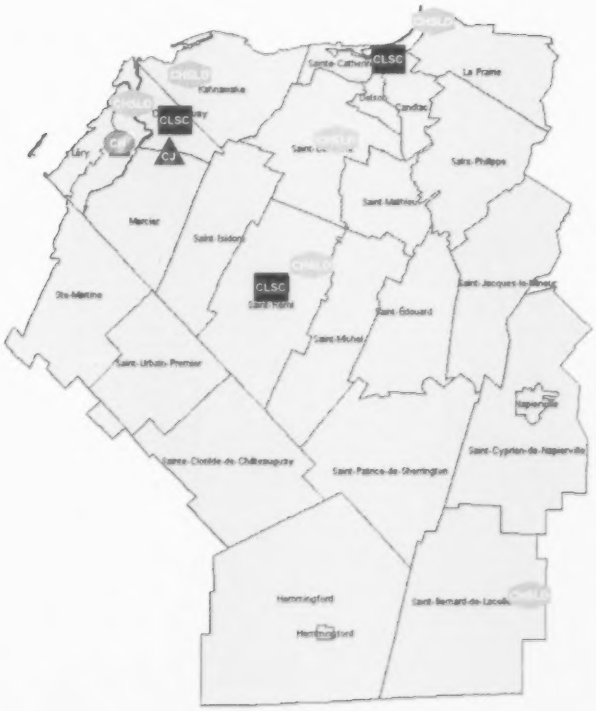
Les principaux enjeux liés à cette option sont en lien avec l'étendue géographique du territoire proposé et les habitudes d'utilisation de services de la population. Géographiquement, le territoire proposé longe les rives de la rivière Richelieu et possède une forme allongée. Pour cette raison, les populations situées aux extrémités ont un moins grand sentiment d'appartenance envers ce territoire. Aussi, ces mêmes populations utilisent en partie les services de santé offerts dans d'autres territoires (CH).

Le réseau local créé sur cette base géographique devra en tenir compte pour assurer la meilleure accessibilité et continuité de services pour l'ensemble de sa population.

3.4 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY



NOMBRE DE RESSOURCES		
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	:	42
CLINIQUES MÉDICALES	:	21
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	:	8
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS	:	4
NOMBRE DE PLACES		
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	:	111



3.4 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY

NOMBRE DE RESSOURCES		
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	:	42
CLINIQUES MÉDICALES	:	21
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES	:	8
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS	:	4
NOMBRE DE PLACES		
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL	:	111

SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY

Territoires de CLSC : Kateri (86 212), Châteauguay (69 638) et Jardin du Québec (23 141).

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population à desservir de 179 000 personnes en 2001, globalement plus jeune et mieux nantie que la moyenne de la région.
- La population résidant sur le territoire de CLSC Kateri présente le quatrième profil parmi les plus favorisés de la Montérégie, alors que les territoires de CLSC Jardin du Québec et Châteauguay se situent dans la moyenne, soit aux 7e et 8e rangs sur 14 respectivement.
- L'utilisation des services se fait principalement à l'intérieur de la sous-région, puis à Montréal. Toutefois, l'essentiel de la consommation qui s'effectue en Montérégie est faite dans la sous-région. À noter qu'une portion de la population du territoire de CLSC Jardin du Québec consomme des services hospitaliers à l'Hôpital du Haut-Richelieu, principalement la population résidant à l'est de l'autoroute 15.

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est faite essentiellement au bénéfice de la population locale.
- Les dirigeants des établissements locaux conviennent que la sous-région constitue le bassin de desserte naturel et devrait constituer un réseau local de services. Toutefois, certains estiment que le Centre hospitalier Anna-Laberge ne devrait pas être inclus dans l'instance locale.
- Niveau d'intégration des services parmi les plus développés au niveau de la Montérégie.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Concordance avec la délimitation des territoires de deux MRC, et partielle avec un troisième.
- Concordance avec une commission scolaire, et partielle avec deux autres commissions scolaires.
- Pratiques de concertation bien établies au niveau local.

OPTION SOUMISE À LA CONSULTATION

Une seule option à considérer, à savoir que le réseau local de services soit défini sur la base de la sous-région et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans chacun des territoires de CLSC Kateri, Châteauguay et Jardin du Québec. Cette option respecte les caractéristiques du milieu et satisfait les balises ministérielles. L'exclusion du centre hospitalier ne peut être considérée puisque celui-ci ne rencontre pas les exigences du critère de complexité défini par la loi.

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	9
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	0
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DE CETTE SOUS-RÉGION :	14

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) CLSC Kateri
(2) CLSC Jardin du Québec
(3) CLSC Châteauguay
(4) Centre hospitalier Anna-Laberge
(5) Conseil psychosocial du CLSC Châteauguay
(6) Conseil des infirmières et infirmiers du CLSC Châteauguay
(7) Table des organismes communautaires (TOC) de la sous-région de Châteauguay
(8) Syndicats des CLSC, des CHSLD, du CH de la sous-région de Châteauguay
(9) Comité logement social Châteauguay et Fédération des OSBL d'habitation du Roussillon

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
Unique	12 (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9)	1 (6)	1 (4)	

OPTION UNIQUE

RÉSUMÉ DE L'OPTION : UN RÉSEAU LOCAL

Un réseau local couvrant les territoires de trois CLSC et regroupant le CLSC Kateri, le CLSC Châteauguay, le CLSC Jardin du Québec, le Centre hospitalier Anna-Laberge et Les CHSLD Trèfle d'Or.

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS S'ÉTANT MONTRÉS FAVORABLES À CETTE OPTION : 1

- *Centre hospitalier Anna-Laberge*

LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN FAVEUR D'UN RÉSEAU DE PREMIÈRE LIGNE (SANS CH) : 4

- *MRC de Roussillon*
- *Table des organismes communautaires (TOC) de la sous-région de Châteauguay*
- *MRC Les Jardins-de-Napierville*
- *Ville de Saint-Rémi*

LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) EN FAVEUR D'UN RÉSEAU DE PREMIÈRE LIGNE (SANS CH) : 1

- *Maire de Châteauguay*

ARGUMENTATION

- *Tous les acteurs s'entendent sur la délimitation du territoire associé à la proposition de l'Agence, mais seul le Centre hospitalier Anna-Laberge est en faveur de ladite proposition. Les autres acteurs optent pour le regroupement des trois CLSC et des CHSLD, mais rejettent l'idée d'intégrer le centre hospitalier à l'instance locale. Aussi, l'argumentation présentée sera davantage défavorable que favorable à la proposition de l'Agence.*

1) Profil et besoins de la population

- *Se basant sur les faibles proportions de la population qui consulte au Centre hospitalier Anna-Laberge, on signale un risque de détournement des corridors naturels au profit d'une structure* [1, 2, 7, 8].

2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux

- *Il existe déjà un fort réseautage, sans fusion d'établissements* [1, 2, 3, 5].
- *Une première ligne forte est essentielle. Aussi, on considère qu'il y a risque de la diminuer s'il y a fusion avec le centre hospitalier* [2, 3, 5] *et que la promotion-prévention va être reléguée aux oubliettes* [8].
- *Même avec la présence du centre hospitalier au sein de l'instance, celle-ci devra établir des ententes avec d'autres centres hospitaliers, en Montérégie comme à Montréal* [1]. *En outre, on craint que la population soit moins bien desservie par les centres hospitaliers extérieurs à l'instance, si celle-ci en inclut un* [2].
- *On pense que les activités des CLSC seront davantage destinées à répondre aux besoins du centre hospitalier qu'à répondre aux besoins de la communauté, ce qui engendrera une hausse des demandes au communautaire* [7]. *Par ailleurs, on s'inquiète de l'organisation des soins infirmiers entre cinq établissements* [6].

3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale

- *Il existe un sentiment d'appartenance de la population de Châteauguay à cette sous-région* [2, 3], *de même que des habitudes d'échanges, de communication et de consommation* [1, 3].

4) Autres

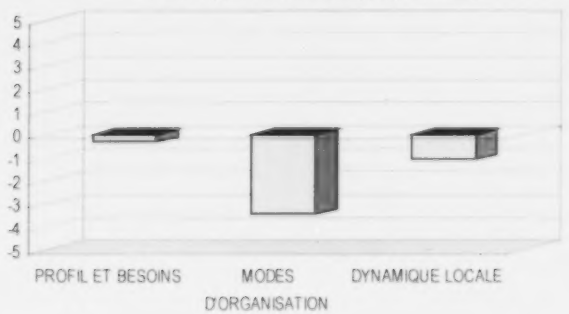
- *De manière générale, les acteurs se disent d'accord avec les objectifs de cette réforme : rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement.*
- *On souligne que le territoire du Centre hospitalier Anna-Laberge ne correspond pas aux territoires des trois CLSC qui composent la sous-région [8]. En outre, la structure proposée est trop lourde et trop complexe [3, 5].*
- *Par ailleurs, on fait mention d'un déficit démocratique et d'une plus grande concentration du pouvoir hospitalocentriste, ce qui va à l'encontre du renforcement des capacités de décision et d'action des communautés [8]. Enfin, l'accessibilité géographique des services offerts par des points de services des CLSC risque de disparaître au profit d'une gestion centralisée [7].*

5) Autres remarques

- *Au cours des dernières années, le conseil d'administration du CLSC Kateri a fait un compromis et donné son appui à un partenariat avec les établissements de la sous-région de Châteauguay, alors que son territoire naturel d'appartenance est davantage la sous-région de Longueuil. Aussi, dans l'éventualité où le Centre hospitalier Anna-Laberge serait intégré à l'instance locale de la sous-région de Châteauguay, le CLSC Kateri préférerait être intégré à l'instance composée des CLSC Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert de la sous-région de Longueuil, notamment en raison des caractéristiques de sa population ainsi que de ses habitudes de consommation des services de santé et de ses habitudes d'échanges, de communication et de consommation.*
- Bref, la proposition de l'Agence serait accueillie favorablement si le Centre hospitalier Anna-Laberge était exclu de l'instance locale.

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Indice du confort exprimé par les acteurs ayant participé à la consultation à l'égard de la proposition de l'Agence - Sous-région de Châteauguay - (n=14)



PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC KATERI, CHÂTEAUGUAY ET JARDIN DU QUÉBEC (E)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Kateri, Châteauguay et Jardin du Québec et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Kateri, le CLSC Châteauguay, le CLSC Jardin du Québec, Les CHSLD Trèfle d'Or et le Centre hospitalier Anna-Laberge.

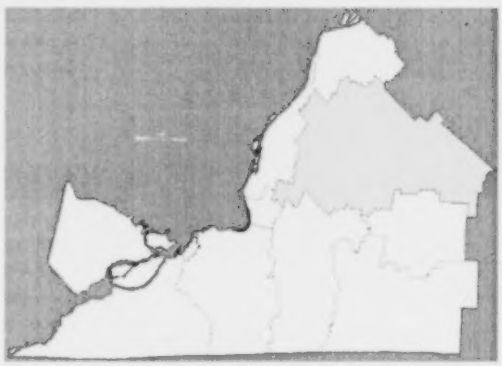
ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Rappelons ici que les représentants des CLSC-CHSLD de la sous-région avaient mis de l'avant dans le cadre des audiences la suggestion que l'Agence accorde aux partenaires locaux une période de deux ans afin de leur permettre de faire la preuve qu'ils pouvaient atteindre les résultats visés par la loi 25 au regard de l'intégration de leurs activités, sans avoir à procéder à une fusion proprement dite. Après vérification auprès des autorités ministérielles, cette avenue n'a pas été jugée recevable.

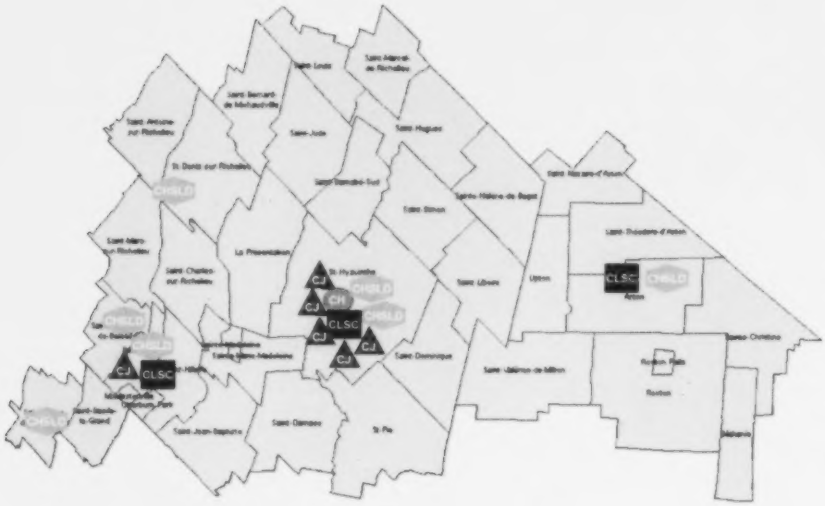
Rappelons également que l'évaluation de la complexité de l'activité hospitalière du Centre hospitalier Anna-Laberge ne qualifiait pas l'établissement pour une exclusion de l'instance locale en vertu du critère de complexité.

Les enjeux liés à cette option sont principalement rattachés à l'opposition marquée des acteurs de première ligne et communautaires à la création de l'instance locale incluant le centre hospitalier. Malgré un historique très positif de collaboration entre tous les établissements du territoire, cette opposition fortement exprimée lors des audiences publiques tenues par l'Agence pourrait, si les acteurs restent sur leurs positions, présager d'importantes difficultés d'intégration des services.

3.5 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA

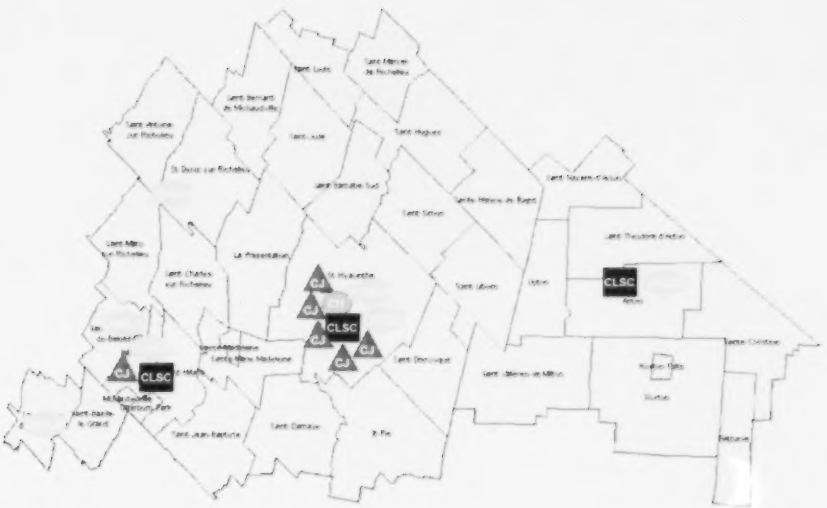


NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	76
CLINIQUES MÉDICALES:	28
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	***13***
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS :	2
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	161



3.5 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	76
CLINIQUES MÉDICALES:	28
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	***13***
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS :	2
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	161



SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA
Territoires de CLSC : des Maskoutains (79 559), de la MRC d'Acton (15 572) et des Patriotes (97 623).

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population à desservir de 193 000 personnes en 2001. On note une certaine hétérogénéité de la population, plus urbaine au nord du Richelieu et plus rurale au sud.
- Le profil des besoins de la population est contrasté selon les territoires de CLSC. À cet égard, la population résidant sur le territoire de CLSC des Patriotes présente le deuxième profil le plus favorisé dans la région, alors que le territoire de CLSC des Maskoutains figure au 9e rang et le territoire de CLSC de la MRC d'Acton au 12e rang sur 14 attribués pour l'ensemble de la Montérégie.
- L'utilisation des services se fait principalement à l'intérieur de la sous-région, à l'exclusion de la population du territoire de CLSC des Patriotes dont la consommation de services hospitaliers se partage entre Saint-Hyacinthe, Longueuil et Montréal. Le territoire de CLSC des Patriotes apparaît à cet égard hétérogène, notamment pour les municipalités de Saint-Bruno-de-Montarville et de Saint-Basile-le-Grand qui utilisent peu les services hospitaliers offerts dans la sous-région (au Réseau Santé Richelieu-Yamaska).

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est faite essentiellement au bénéfice de la population locale. Il est à remarquer que la population du territoire de CLSC des Patriotes représente 22 % de la desserte du Réseau Santé Richelieu-Yamaska.
- Les dirigeants des établissements locaux conviennent que la sous-région constitue un bassin de desserte naturel et pourrait de ce fait constituer l'assise d'un réseau local de services. Toutefois, compte tenu de la proximité géographique et socioéconomique des territoires de CLSC des Patriotes et des Seigneuries, certains acteurs locaux suggèrent plutôt de regrouper ces deux derniers territoires.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Concordance partielle avec la délimitation des trois territoires de MRC. Par ailleurs, les CLSC des Patriotes et des Seigneuries appartiennent à la même commission scolaire tandis que les CLSC des Maskoutains et de la MRC d'Acton sont desservis par une autre commission scolaire.
- Pratiques de concertation bien établies au niveau local. À noter que le territoire de CLSC des Patriotes est moins bien pourvu en organismes communautaires et qu'il est souvent desservi par ceux du secteur de Saint-Hyacinthe.

OPTIONS SOUMISES À LA CONSULTATION

Option A : Constituer un réseau local de services à l'échelle de la sous-région et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire (missions CLSC, CHSLD, CHSGS), ce qui s'inscrit en continuité avec les pratiques de concertation établies dans le milieu et satisfait les balises ministérielles.

Option B : Constituer deux réseaux locaux de services, soit un premier regroupant les territoires de CLSC des Maskoutains et de la MRC d'Acton, et un second regroupant les territoires de CLSC des Patriotes et des Seigneuries, ce qui respecte davantage les caractéristiques spécifiques des populations à desservir mais rend nécessaire l'adoption d'ententes de services avec les instances de la sous-région de Saint-Hyacinthe et de Longueuil, étant donné l'absence d'un CHSGS sur les territoires de CLSC des Patriotes et des Seigneuries.

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DE RICHELIEU-YAMASKA

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	4
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	0
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DANS CETTE SOUS-RÉGION :	8

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton
(2) CLSC-CHSLD des Maskoutains
(3) Réseau Santé Richelieu-Yamaska
(4) Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de Réseau Santé Richelieu-Yamaska
(5) Corporation de développement communautaire (CDC) des Maskoutains
(6) CLSC-CHSLD des Patriotes
(7) CLSC des Seigneuries
(8) Les CHSLD du Littoral

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
A			*1 (5)*	*4 (1, 2, 3, 4)*
B	*4 (1, 2, 3, 4)*			*3 (6, 7, 8)*

Options

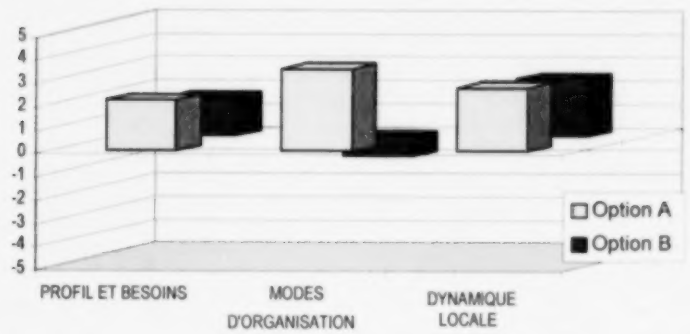
Option A	Option B
Résumé de l'option A : Un réseau local *Un réseau local couvrant les territoires de trois CLSC et regroupant le CLSC-CHSLD des Patriotes, le CLSC-CHSLD des Maskoutains, le CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton et Réseau Santé Richelieu-Yamaska.*	**Résumé de l'option B : Deux réseaux locaux** 1. *Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC-CHSLD des Maskoutains, le CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton et Réseau Santé Richelieu-Yamaska;* 2. *Un réseau local couvrant le territoire de deux CLSC et regroupant le CLSC-CHSLD des Patriotes, le CLSC des Seigneuries et Les CHSLD du Littoral.*
Liste et nombre d'acteurs s'étant montrés favorables à cette option : 5 ▫ *CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton* [1] ▫ *CLSC-CHSLD des Maskoutains* [2] ▫ *Réseau Santé Richelieu-Yamaska* [3] ▫ *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de Réseau Santé Richelieu-Yamaska* [4] ▫ *Corporation de développement communautaire (CDC) des Maskoutains* [5]	**Liste et nombre d'acteurs s'étant montrés favorables à cette option :** 3 ▫ *CLSC-CHSLD des Patriotes* [6] ▫ *CLSC-CHSLD des Seigneuries* [7] ▫ *Les CHSLD du Littoral* [8]
Liste et nombre d'acteurs ayant voté des résolutions en appui : 2 ▫ *Ville de Saint-Hyacinthe* ▫ *MRC des Maskoutains*	**Liste et nombre d'acteurs ayant voté des résolutions en appui :** 15 ▫ *Centre local de développement de Lajemmerais* ▫ *MRC de Lajemmerais* ▫ *Fondation du Centre d'accueil Contrecœur* ▫ *Fondation du Foyer Lajemmerais de Varennes* ▫ *Municipalité de Saint-Jean-Baptiste* ▫ *Municipalité de Saint-Mathieu-de-Belœil* ▫ *Ville de Belœil* ▫ *Municipalité de McMasterville* ▫ *Ville de Mont-Saint-Hilaire* ▫ *Ville d'Otterburn Park* ▫ *Chambre de commerce de la Vallée-du-Richelieu* ▫ *Centre local de développement de la Vallée-du-Richelieu* ▫ *Conseil multidisciplinaire du CLSC-CHSLD des Patriotes* ▫ *CMDP du CLSC-CHSLD des Patriotes* ▫ *MRC de la Vallée-du-Richelieu*
Liste et nombre d'appuis exprimés (lettres, pétitions, etc.) : 7 ▫ *Comité clientèle soins généraux et spécialisés Réseau Santé Richelieu-Yamaska* ▫ *MRC d'Acton* ▫ *Centraide Richelieu-Yamaska* ▫ *AFEAS Richelieu-Yamaska* ▫ *FADOQ* ▫ *Solidarité populaire Richelieu-Yamaska* ▫ *Association des médecins omnipraticiens de Yamaska*	**Liste et nombre d'appuis exprimés (lettres, pétitions, etc.) :** 10 ▫ *CMDP du CLSC des Seigneuries* ▫ *Comité exécutif du CII du CLSC des Seigneuries* ▫ *Comité exécutif du CM du CLSC des Seigneuries* ▫ *Comité exécutif du conseil paraprofessionnel du CLSC des Seigneuries* ▫ *CMDP des CHSLD du Littoral* ▫ *Comité exécutif du CII des CHSLD du Littoral* ▫ *Comité exécutif du CII du CLSC-CHSLD des Patriotes* ▫ *Coopérative de solidarité d'aide domestique AIDE-ATOUT* ▫ *Ville de Saint-Basile-le-Grand* ▫ *Comité des usagers des CHSLD du Littoral*

OPTION A	OPTION B
ARGUMENTATION **1) Profil et besoins de la population** ▫ *Dans l'ensemble, les acteurs en accord avec l'option A qui se sont exprimés sur les aspects de cette rubrique, se sont dits très à l'aise par rapport à ceux-ci* [1, 2, 3, 4]. ▫ *Ce qui ressort de positif :* • *cette option génère une taille de population convenable pour offrir une gamme de services suffisante ainsi que pour maintenir une masse critique de professionnels et pour assurer l'efficience* [1, 2, 3]; • *elle crée une masse critique de population suffisante pour le recrutement et le maintien de ressources médicales* [4]; • *elle offre une homogénéité dans la structure démographique du territoire (répartition urbaine et rurale)* [1, 2, 3]. ▫ *En outre, le fait qu'il y ait des différences socioéconomiques ne devrait pas représenter de difficultés pour travailler ensemble* [4]. ▫ *Toutefois, si cette option était retenue, la population pourrait percevoir qu'on a favorisé les institutions par rapport à la population* [6, 7, 8].	**ARGUMENTATION** **1) Profil et besoins de la population** ▫ *Dans l'ensemble, les acteurs qui se sont exprimés en faveur de cette option ont tous exprimé un grand confort à l'égard des aspects de cette rubrique ou ont souligné le fait que les difficultés entrevues auraient à être gérées quelle que soit l'option retenue.* ▫ *Ce qui ressort de positif :* • *par rapport aux particularités culturelles ou linguistiques de la population, cette option s'appuie sur une grande homogénéité de la population (même démographie)* [6, 7, 8]; • *par rapport aux caractéristiques de santé de la population, cette option s'appuie sur un même portrait de santé pour les deux territoires de CLSC* [6, 7, 8]; • *par rapport aux habitudes de consommation de services de la population, dans une option comme dans l'autre, la consommation de services de la population est répartie dans plusieurs centres hospitaliers* [6, 7, 8]. ▫ *Ce qui ressort de défavorable :* • *cette option fragilise la représentation de la population au sein d'un RLS sans centre hospitalier* [4].
2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux ▫ *Dans l'ensemble, les acteurs en accord avec l'option A qui se sont exprimés sur les aspects de cette rubrique, se sont dits très à l'aise par rapport à ceux-ci* [1, 2, 3, 4] *ou ont exprimé des craintes ou malaises* [5]. ▫ *Ce qui ressort de positif :* • *cette option s'appuie sur une tradition de collaboration entre les trois CLSC de la sous-région* [1, 2, 3]; • *la collaboration entre les établissements a déjà favorisé la mise en place de plusieurs services* [1, 2, 3]; • *cette option favorise le réseautage puisqu'elle n'est pas liée à des ententes de services mais est formalisée dans la constitution du RLS* [1, 2, 3]; • *ne nécessitant pas l'établissement d'ententes entre les établissements du territoire, cette option assure plus facilement la continuité des services* [4]; • *le CLSC-CHSLD des Patriotes est un élément indispensable au maintien et à la consolidation de l'intégration de la première ligne au sein du RLS* [1, 2, 3]. ▫ *Les craintes exprimées sont les suivantes :* • *que soient relégués au second rang les services de santé et services sociaux de première ligne en négligeant la promotion-prévention* [5]; • *que les groupes communautaires soient utilisés comme sous-traitants* [5].	**2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux** ▫ *Dans l'ensemble, les acteurs qui se sont exprimés en faveur de cette option ont tous exprimé un grand confort à l'égard des aspects de cette rubrique ou ont souligné le fait que les difficultés entrevues auraient à être gérées quelle que soit l'option retenue (ententes avec plusieurs centres hospitaliers en raison des habitudes de consommation de la population).* ▫ *Ce qui ressort de positif :* • *par rapport au potentiel de réseautage des services, les tenants de cette option* [6, 7, 8] *disent pouvoir s'appuyer sur un panier de services tout à fait comparable entre les deux territoires de CLSC, ce qui aurait l'avantage, en constituant un RLS centré sur ses propres finalités, de permettre :* – *d'offrir des services plus accessibles, mieux coordonnés et sans rupture;* – *d'agir pour améliorer la santé et le bien-être;* – *de rapprocher la prise de décision;* – *de consolider le partenariat avec la communauté;* – *de donner des moyens aux gestionnaires;* – *de maximiser les ententes de services existantes;* • *par rapport à la capacité de l'offre de service spécialisé hospitalier, plusieurs corridors de services sont déjà existants et pourront être maintenus par ententes de services. Plusieurs ententes seront nécessaires dans une option comme dans l'autre* [6, 7, 8].

OPTION A	OPTION B
▫ *Enfin, un argument défavorable à cette option :* • *L'option idéale serait une fusion des CLSC-CHSLD entre eux, sans intégrer le centre hospitalier en raison des risques de pertes de services de première ligne (promotion–prévention)* [5].	▫ *Ce qui ressort de défavorable :* • *l'adoption de cette option pourrait causer une perte d'expertise médicale et entraîner une difficulté à recruter des médecins pour Réseau Santé Richelieu-Yamaska* [4]; • *les ententes de services nécessaires à cette option ne sont pas assurées dans le temps et pourraient être remises en question en raison de changements de gestionnaires* [1, 2, 3, 4]; • *cette option réduit la masse critique de Réseau Santé Richelieu-Yamaska de 196 000 habitants à 96 000 habitants et instaure un RLS de 200 000 habitants sans centre hospitalier* [1, 2, 3]; • *considérant les modalités d'allocation des ressources sur une base populationnelle, l'option B aurait pour effet de fragiliser les services de première et de deuxième lignes* [1, 2, 3].
3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale ▫ *Dans l'ensemble, les acteurs en accord avec l'option A qui se sont exprimés sur les aspects de cette rubrique se sont dits très à l'aise par rapport à ceux-ci* [1, 2, 3, 4]. ▫ *Ce qui ressort de positif :* • *par rapport au sentiment d'appartenance de la population, cette option représente déjà un territoire naturel* [1, 2, 3]; • *concernant les habitudes d'échanges de communication et de consommation de la population, cette option correspond :* – *déjà à une réalité de services* [1, 2, 3]; – *à une pratique habituelle, tant de la part du milieu communautaire que de la population* [5]; • *cette option favorise la mise en réseau des organismes communautaires puisque plusieurs de ceux-ci sont situés à Saint-Hyacinthe et couvrent aussi le territoire de CLSC des Patriotes* [1, 2, 3].	**3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale** ▫ *Dans l'ensemble, les acteurs qui se sont exprimés en faveur de cette option, ont tous exprimé un grand confort à l'égard des aspects de cette rubrique.* ▫ *Ce qui ressort de positif :* • *concordance entre le territoire proposé et les souhaits exprimés par les acteurs intersectoriels (voir « appuis »)* [6, 7, 8]; • *concordance entre les frontières du territoire proposé et celles de la MRC* [6, 7, 8]; • *concordance avec les frontières de la commission scolaire* [6, 7, 8]; • *même régie intermunicipale de police* [6, 7, 8].
4) Autres ▫ *Un des acteurs s'est positionné en faveur de cette option, même s'il ne pouvait se reconnaître pleinement dans une proposition dont le processus s'est élaboré d'une manière antidémocratique* [5].	**4) Autres**
5) Autres remarques ▫ *Autre option ou aménagement proposé, tel qu'exposé dans le mémoire du CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton, du CLSC-CHSLD des Maskoutains et de Réseau Santé Richelieu-Yamaska (voir extrait en annexe) :* • *Il s'agirait d'un compromis qui se définirait comme suit : « Après avoir modifié le territoire de CLSC des Patriotes en lui retirant les arrondissements de Saint-Bruno-de-Montarville et de Saint-Basile-le-Grand, créer un seul RLS correspondant au nouveau territoire de la sous-région Richelieu-Yamaska et regroupant sous une même gouverne l'ensemble des établissements suivants : CLSC-CHSLD des Patriotes (modifié), CLSC-CHSLD des Maskoutains, CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton, Réseau Santé Richelieu-Yamaska »;* • *Ce RLS rejoint, en majorité, les mêmes objectifs que ceux énoncés pour l'option A. De plus, il respecte les désirs des populations de deux arrondissements qui privilégient, de par leur situation géographique, l'appartenance à un autre territoire.*	**5) Autres remarques**

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Indice du confort exprimé par les acteurs ayant participé à la consultation à l'égard de la proposition de l'Agence
- Sous-région Richelieu-Yamaska - (n=8)



ANNEXE

EXTRAIT DU MÉMOIRE DU CLSC-CHSLD DE LA MRC D'ACTION, DU CLSC-CHSLD DES MASKOUTAINS ET DE RÉSEAU SANTÉ RICHELIEU-YAMASKA

En se basant uniquement sur l'approche populationnelle et conscient des particularités de la population des arrondissements Saint-Bruno-de-Montarville et Saint-Basile-le-Grand, une option de compromis pourrait être envisagée en limitant les impacts sur l'instance locale. Elle est le fruit des réflexions concertées, produites par les établissements concernés par ce mémoire.

Cette option n'est pas énoncée par l'Agence. Cependant, l'Agence, dans sa définition territoriale et celle des acteurs constituant l'instance locale, émettait comme principe que la meilleure solution possible devait respecter, entre autres, les territoires de CLSC, sauf exception.

Dans le territoire de CLSC des Patriotes (93 720), les populations des arrondissements de Saint-Bruno-de-Montarville (23 840) et de Saint-Basile-le-Grand (12 385) privilégient une consommation de soins hospitaliers dans les centres hospitaliers Pierre-Boucher, Charles LeMoyne et à Montréal plutôt qu'à Réseau Santé Richelieu-Yamaska. Cette particularité pourrait être prise en compte en altérant le territoire de CLSC des Patriotes, soit en lui retirant ces deux arrondissements pour les inclure dans le territoire de CLSC des Seigneuries.

La population du « nouveau » territoire de CLSC des Patriotes (57 495) devient homogène, tant au niveau de la richesse, de l'éducation que de ses habitudes de consommation de soins et de services de santé. En effet, la population de tous les autres arrondissements de ce territoire présente une consommation de soins hospitaliers à Réseau Santé Richelieu-Yamaska atteignant plus de 54,5 %, alors qu'elle n'est que de 2 % et 8 % pour la population de Saint-Basile-le-Grand et de Saint-Bruno-de-Montarville.

Sur le tableau qui suit, on observe que le taux de rétention de Réseau Santé Richelieu-Yamaska augmente considérablement (de 37,3 à 54,5) lorsque ces deux arrondissements sont retirés du territoire du CLSC des Patriotes.

POPULATION ET TAUX DE RÉTENTION EN SANTÉ PHYSIQUE, 2001-2002 TERRITOIRE DE CLSC DES PATRIOTES

	TERRITOIRE		
	ACTUEL	MODIFIÉ*	DIFFÉRENCE
Population 2001 (rencensement 2001)	*93 720*	*57 495*	*-36 225*
Taux de rétention de Réseau Santé Richelieu-Yamaska	*37,3 %*	*54,5 %*	*+17 points*

* *Excluant les municipalités de Saint-Bruno-de-Montarville et Saint-Basile-le-Grand.*

PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC DES MASKOUTAINS, DE LA MRC D'ACTON ET DES PATRIOTES (F)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC des Maskoutains, de la MRC d'Acton et des Patriotes et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC-CHSLD des Patriotes, le CLSC-CHSLD des Maskoutains, le CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les enjeux de la mise en place de ce réseau local sont reliés aux habitudes de consommation de services de la population d'une partie du territoire proposé, à la concordance du territoire proposé et aux souhaits exprimés par cette même population ainsi qu'à son sentiment d'appartenance.

Le réseau local développé sur la base de cette recommandation devra tenir compte de cette portion importante de sa population qui consomme ses services auprès de divers établissements de santé ailleurs que dans le territoire proposé. De plus, par rapport à l'offre de service de première ligne, il sera nécessaire de tenir compte du portrait sociodémographique et de santé très hétérogène des territoires de CLSC constituant le nouveau réseau local.

Il sera particulièrement important de porter une attention spécifique à la population des secteurs de Saint-Bruno-de-Montarville et de Saint-Basile-le-Grand dont l'utilisation des services hospitaliers s'effectue essentiellement à Longueuil et Montréal. Des ententes de services devront être élaborées avec les réseaux locaux de la sous-région de Longueuil.

RECOMMANDATION ADDITIONNELLE

Pour faire en sorte que la population des secteurs de Saint-Bruno-de-Montarville et de Saint-Basile-le-Grand ne soit lésée en aucune façon dans ses habitudes de consommation de services, il faudra établir à court terme des ententes de services avec les réseaux locaux de Longueuil pour lui garantir l'accès aux services.

3.6 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	105
CLINIQUES MÉDICALES :	73
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	22
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS:	4
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	292

3.6 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	105
CLINIQUES MÉDICALES :	73
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES :	**22**
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS:	4
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	292

SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL

Territoires de CLSC : Samuel-de-Champlain (114 488), Saint-Hubert (80 171), Simonne-Monet-Chartrand (64 985), Longueuil-Ouest (64 708) et des Seigneuries (104 775).

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population importante à desservir totalisant 429 000 personnes en 2001, urbaine, hétérogène et diversifiée au plan socioéconomique et ethnoculturel.
- Il existe une différenciation significative entre les populations de la sous-région, notamment entre les secteurs à l'ouest et à l'est de la 116. D'une part, les territoires de CLSC Samuel-de-Champlain et St-Hubert ont des profils de besoins plus favorisés que la moyenne régionale et se situent respectivement aux 3e et 6e rangs sur 14 en Montérégie. D'autre part, les territoires de CLSC Simonne-Monet-Chartrand et Longueuil-Ouest sont plus défavorisés et se positionnent à l'autre extrémité du spectre, soit aux 11e et 12e rangs respectivement.
- Le territoire de CLSC des Seigneuries, dont le profil de besoins le classe parmi les plus favorisés au premier rang de la Montérégie, se distingue nettement des territoires longueuillois adjacents. Par contre, la population partage plusieurs traits communs avec celle du territoire de CLSC des Patriotes avoisinant.
- L'utilisation des services hospitaliers est partagée entre Longueuil et Montréal. En matière d'hospitalisation, la population des territoires de CLSC Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert utilise surtout l'Hôpital Charles LeMoyne (54 % et 57 %) alors que celle des territoires de CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Seigneuries se concentre majoritairement au Centre hospitalier Pierre-Boucher (62 %, 44 % et 53 %).

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est faite surtout au bénéfice de la population locale.
- Certains programmes spécialisés ont une desserte régionale : traumatologie, oncologie, neurochirurgie et santé publique à l'Hôpital Charles LeMoyne ainsi que cardiologie (hémodynamie) au Centre hospitalier Pierre-Boucher.
- Étant donné l'importance et l'hétérogénéité des populations à desservir et leurs caractéristiques d'utilisation des services, on peut envisager quelques options différentes pour la configuration des réseaux locaux, et il n'existe pas de consensus clair entre les acteurs à cet égard.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Concordance de la sous-région avec la délimitation de deux territoires de MRC et de deux commissions scolaires.
- Pratiques de concertation bien établies au niveau local, et les organismes communautaires desservent généralement plus d'un territoire de CLSC de la sous-région.

OPTIONS SOUMISES À LA CONSULTATION

Option A : Constituer deux réseaux locaux de services regroupant :

- d'une part, les territoires de CLSC Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert et incluant dans l'instance locale les établissements CLSC et CHSLD en place, à l'exclusion de l'Hôpital Charles LeMoyne, étant donné qu'il s'agit d'un établissement à vocation universitaire, comptant un centre de recherche et plusieurs programmes régionaux et, qu'en conséquence, il satisfait aux critères de complexité définis par la loi;
- d'autre part, les territoires de CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Seigneuries incluant dans l'instance locale les établissements en place ainsi que le Centre hospitalier Pierre-Boucher puisque ce dernier ne satisfait pas aux critères de complexité;

Option B : Constituer trois réseaux locaux de services regroupant :

- les territoires de CLSC Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert, incluant dans l'instance locale les établissements à mission CLSC et CHSLD, à l'exclusion de l'Hôpital Charles LeMoyne;
- les territoires de CLSC de Simonne-Monet-Chartrand et Longueuil-Ouest, incluant dans l'instance locale les établissements à mission CLSC et CHSLD ainsi que le Centre hospitalier Pierre-Boucher;
- les territoires de CLSC des Seigneuries et des Patriotes, cette configuration impliquant nécessairement la conclusion d'ententes de services avec le Centre hospitalier Pierre-Boucher, l'Hôpital Charles LeMoyne et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska, étant donné l'absence de CHSGS sur ces deux territoires.

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DE LONGUEUIL

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	6
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	0
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DANS CETTE SOUS-RÉGION :	12

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) CLSC Simonne-Monet-Chartrand, CLSC Longueuil-Ouest et Les Centres d'hébergement de Longueuil

(2) CLSC des Seigneuries, Les CHSLD du Littoral et CLSC-CHSLD des Patriotes

(3) Corporation de développement communautaire (CDC) de Longueuil et Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC (RQIIAC) – Montérégie, section Longueuil

(4) Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-St-Laurent

(5) Syndicat Canadien de la Fonction Publique (SCFP-FTQ) et Alliance des infirmières de Montréal du Centre hospitalier Pierre-Boucher

(6) *Commission scolaire Riverside*

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE (NOTE 1)

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
A	*9 (1, 2, 3, 5*)*	*1 (4)*	*1 (6*)*	
B	*7 (1, 3, 5*)*	*1 (4)*	*1 (6*)*	*1 (2)*

Note 1 : On remarque l'absence d'acteurs importants qui n'ont pas cru nécessaire de se faire entendre, comme les CLSC Saint-Hubert et Samuel-de-Champlain. L'absence des centres hospitaliers Pierre-Boucher et Charles LeMoyne s'explique, par ailleurs, par l'étude de préfaisabilité en cours sur une possible fusion. Notons que l'Hôpital Charles LeMoyne a transmis une lettre d'appui sur les éléments spécifiques qui le touchaient en lien avec sa mission régionale et sa vocation de centre universitaire.

(5) : Le Syndicat Canadien de la Fonction Publique (SCFP-FTQ) et l'Alliance des infirmières de Montréal du Centre hospitalier Pierre-Boucher se disent très en accord avec l'objectif de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. Ils sont par ailleurs en désaccord avec le moyen employé (fusions forcées).*

(6) : La Commission scolaire Riverside voit d'un bon œil la diminution du nombre d'acteurs locaux avec lesquels se coordonner (cinq instances locales au lieu de neuf CLSC). En conséquence, elle se déclare plutôt favorable à toutes les options qui permettent de réduire le nombre de ses partenaires.*

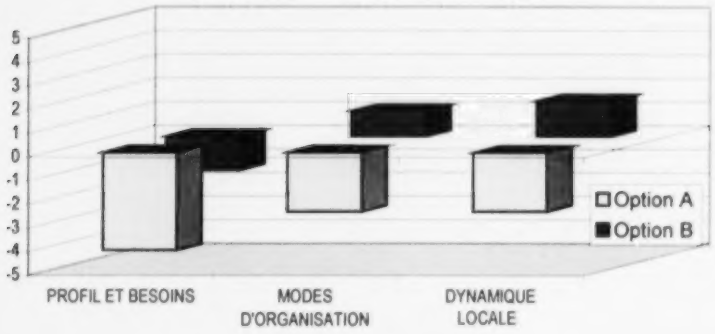
OPTIONS

OPTION A	OPTION B
RÉSUMÉ DE L'OPTION A : DEUX RÉSEAUX LOCAUX 1. *Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC Samuel-de-Champlain, le CLSC Saint-Hubert et Les CHSLD de la MRC de Champlain.* 2. *Un réseau local couvrant les territoires de trois CLSC et regroupant le CLSC Longueuil-Ouest, le CLSC Simonne-Monet-Chartrand, le CLSC des Seigneuries, le Centre hospitalier Pierre-Boucher, Les CHSLD du Littoral et Les Centres d'hébergement de Longueuil.*	**RÉSUMÉ DE L'OPTION B : TROIS RÉSEAUX LOCAUX** 1. *Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC Samuel-de-Champlain, le CLSC Saint-Hubert et Les CHSLD de la MRC de Champlain;* 2. *Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC Longueuil-Ouest, le CLSC Simonne-Monet-Chartrand, le Centre hospitalier Pierre-Boucher et Les Centres d'hébergement de Longueuil;* 3. *Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC-CHSLD des Patriotes, le CLSC des Seigneuries et Les CHSLD du Littoral.*
LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS S'ÉTANT MONTRÉS FAVORABLES À L'OPTION A : *0*	**LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS S'ÉTANT MONTRÉS FAVORABLES À L'OPTION B :** *3* ▫ *CLSC des Seigneuries* [2] ▫ *CLSC-CHSLD des Patriotes* [2] ▫ *Les CHSLD du Littoral* [2]
LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI : *0*	**LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI :** *0*
LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) : *0*	**LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) :** *0*
	CE QUI RESSORT EN FAVEUR DE L'OPTION B ▫ *Les acteurs qui se sont prononcés en faveur de cette option sont exclusivement ceux impliqués dans la création d'un réseau local de services regroupant les CLSC des Seigneuries et des Patriotes.*
	1) Profil et besoins de la population ▫ *Présence d'un profil sociodémographique homogène (favorisation économique et caractéristiques de santé) au sein des territoires de CLSC des Seigneuries et des Patriotes* [1, 2]. ▫ *Le territoire de CLSC des Seigneuries diffère de celui des territoires de CLSC Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand* [1, 2, 3, 5].
	2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux ▫ *Les territoires de CLSC des Seigneuries et des Patriotes partagent des services dans les programmes cancer et jeunes.* ▫ *Les territoires de CLSC des Seigneuries et des Patriotes partagent une même commission scolaire et une même régie de police* [2].
	3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale ▫ *Les organismes communautaires et les partenaires (centres jeunesse, commissions scolaires et autres) se reconnaissent dans le « Vieux-Longueuil ».*

OPTION A	OPTION B
ARGUMENTATION (CONTRE LA PROPOSITION) ▫ *Essentiellement, l'argumentation contre la proposition repose sur deux éléments principaux :* 1. *le territoire de CLSC des Seigneuries ne devrait pas faire partie du réseau local;* 2. *le Centre hospitalier Pierre-Boucher ne devrait pas faire partie de l'instance locale.*	**CE QUI RESSORT EN DÉFAVEUR DE L'OPTION B** **Autres commentaires :** ▫ *Deux types d'opposition se dégagent :* 1. *Les acteurs de la sous-région de Saint Hyacinthe se sont très majoritairement prononcés contre l'hypothèse voulant que le territoire de CLSC des Patriotes ne fasse pas partie de leur réseau local et ils proposent une solution de compromis : « Que soit retirée de l'instance locale Richelieu-Yamaska, une partie du territoire de CLSC des Patriotes, soit les populations des arrondissements de Saint-Bruno-de-Montarville et Saint-Basile-le-Grand » (partition du territoire de CLSC des Patriotes);* 2. *Les acteurs des CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest, Les Centres d'hébergement de Longueuil, de même que la Corporation de développement communautaire (CDC) de Longueuil, le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC (RQIIAC) – Montérégie, section Longueuil et l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-St-Laurent sont d'accord avec le découpage territorial de l'option B mais sont en désaccord avec la composition de l'instance locale.* *Ils considèrent que le Centre hospitalier Pierre-Boucher ne devrait faire partie d'aucune des instances locales pour les mêmes motifs que ceux invoqués dans l'argumentation contre l'option A.*
1) Profil et besoins de la population ▫ *Le profil sociodémographique (favorisation économique et caractéristiques de santé) de la population des Seigneuries est très différent de celui des populations des CLSC Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand. Cette hétérogénéité au plan des populations complexifierait la planification et la prestation de services ajustés aux besoins des clientèles.*	
2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux ▫ *On considère que le Centre hospitalier Pierre-Boucher ne devrait pas faire partie de l'instance locale parce que :* • *les deux centres hospitaliers (Centre hospitalier Pierre-Boucher et l'Hôpital Charles LeMoyne) offrent des services médicaux complémentaires et devraient viser une prestation de services communs qui soit organisée, intégrée et accessible dans le temps, contrairement à la pratique actuelle (création d'un pôle régional de deuxième ligne d'importance en Montérégie);* • *un nombre d'employés plus restreint au sein de l'instance locale faciliterait la mobilisation des ressources humaines pour assurer le succès du réseau local de services.*	**Alternative proposée :** ▫ *Ces acteurs proposent une alternative qu'ils ont appelée l'option C et qui comporte les éléments suivants :* • *le découpage territorial prévu dans l'option B;* • *des instances locales formées par la fusion des CLSC et CHSLD de ces territoires;* • *la fusion du Centre hospitalier Pierre-Boucher et de l'Hôpital Charles LeMoyne;* • *la création d'un « comité chapeau » regroupant les deux centres hospitaliers fusionnés et les trois instances locales et ayant pour mandat de déterminer les principes, orientations et priorités d'action pour garantir la responsabilité populationnelle dans la sous-région de Longueuil.* ▫ *Selon eux, cette nouvelle option permettrait de :* • *continuer à renforcer le projet clinique dans le sens des efforts déjà réalisés;* • *respecter les compétences acquises en termes de missions d'établissements;* • *créer un pôle régional hospitalier et garantir l'étanchéité des ressources financières entre la première et la deuxième ligne.*
3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale ▫ *Les organismes communautaires et les partenaires (centres jeunesse, commissions scolaires et autres) se reconnaissent dans le « Vieux-Longueuil ».*	

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Indice du confort exprimé par les acteurs ayant participé à la consultation à l'égard de la proposition de l'Agence
- Sous-région de Longueuil - (n=12)



PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC SAMUEL-DE-CHAMPLAIN ET SAINT-HUBERT (G)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert, et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Samuel-de-Champlain, le CLSC Saint-Hubert, Les CHSLD de la MRC de Champlain, à l'exclusion de l'Hôpital Charles LeMoyne, étant donné qu'il s'agit d'un établissement à vocation universitaire comptant un centre de recherche et plusieurs programmes régionaux et, qu'en conséquence, il satisfait aux critères de complexité définis par la loi.

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC SIMONNE-MONET-CHARTRAND, LONGUEUIL-OUEST ET DES SEIGNEURIES (H)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Seigneuries, et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Simonne-Monet-Chartrand, le CLSC Longueuil-Ouest, le CLSC des Seigneuries, Les CHSLD du Littoral, Les Centres d'hébergement de Longueuil et le Centre hospitalier Pierre-Boucher, puisque ce dernier ne satisfait pas aux critères de complexité.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Les enjeux particuliers de ces deux réseaux locaux de services sont reliés principalement aux éléments suivants :

- L'Hôpital Charles LeMoyne est exclu de l'instance de son réseau local d'appartenance compte tenu de son statut, reconnu par l'Agence, de centre hospitalier affilié universitaire à vocation régionale, ce qui lui permet de conserver sa propre gouverne. Le Centre hospitalier Pierre-Boucher fait, quant à lui, partie de l'instance de son réseau local bien qu'ayant des activités à caractère régional.

  Ces deux centres hospitaliers offrent, par ailleurs, des services médicaux complémentaires aux populations des deux réseaux locaux proposés.

- La population de ces deux réseaux locaux se caractérise, entre autres, par une très grande mobilité quant à l'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, deux enjeux propres du réseau local de services des territoires de CLSC Simonne-Monet-Chartrand, Longueuil-Ouest et des Seigneuries sont reliés aux deux principaux éléments invoqués dans l'argumentation des acteurs qui se sont prononcés contre cette option, soit:

- Une différence significative entre le profil sociodémographique de la population du territoire des Seigneuries versus celui de la population des territoires Simonne-Monet-Chartrand et Longueuil-Ouest que l'on devra prendre en compte dans le « projet d'intervention locale ».

- La présence du Centre hospitalier Pierre-Boucher au sein de l'instance locale qui posera un défi particulier au niveau de la taille de l'établissement ainsi créé qui nécessitera des stratégies particulières notamment au chapitre de la mobilisation des ressources humaines.

Même avec les ententes de services qui, de façon incontournable, devront être convenues pour assurer un maillage étroit entre HCLM et son réseau local d'appartenance ainsi qu'entre les deux réseaux locaux, un

risque important subsiste quant à la capacité de ces deux réseaux locaux d'assumer pleinement et de façon cohérente leur responsabilité populationnelle. Des mesures précises devront être prises pour établir un équilibre et garantir un fonctionnement de type réseau de services à l'échelle de la sous-région de Longueuil.

RECOMMANDATIONS ADDITIONNELLES

Avec la collaboration des centres hospitaliers Pierre-Boucher et Charles LeMoyne, et dans les plus brefs délais, que l'Agence initie et voie à la réalisation d'un plan de complémentarité entre ces deux hôpitaux ayant comme principaux objectifs :

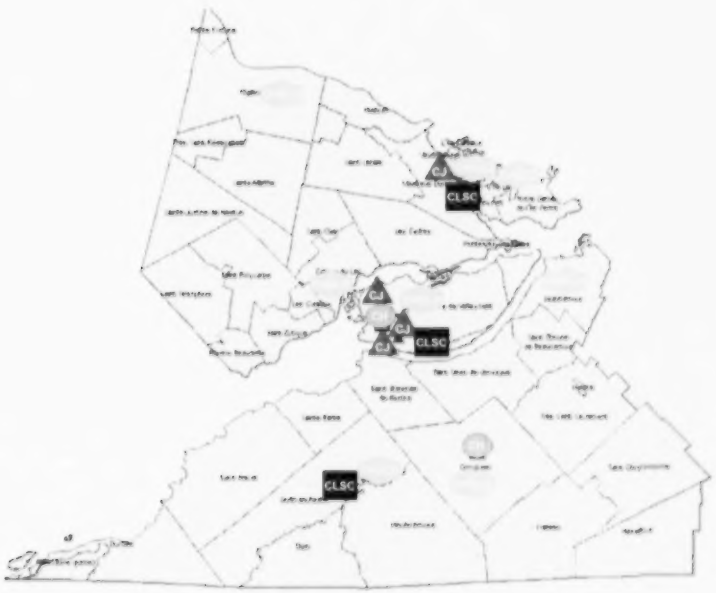
- *optimiser l'utilisation des plateaux de services;*
- *convenir des responsabilités respectives quant à la dispensation des services pour la population de la sous-région de Longueuil;*
- *convenir des contributions respectives à l'actualisation de la mission universitaire prioritairement en lien avec l'Université de Sherbrooke;*
- *convenir des responsabilités respectives quant à certains programmes régionaux.*

Ce plan devra être élaboré et mis en œuvre en respectant le profil général de services de ces établissements et en misant sur leurs forces cliniques en place et leurs services régionaux.

Au terme de l'actualisation des transformations de la gouverne, soit en juillet 2004, dans un souci de continuité, l'Agence devra poursuivre les travaux visant cette complémentarité en mettant de l'avant et en pilotant une structure de concertation où siégeront avec une représentation équitable, les représentants des deux réseaux locaux de services de la sous-région de Longueuil, incluant l'Hôpital Charles LeMoyne.

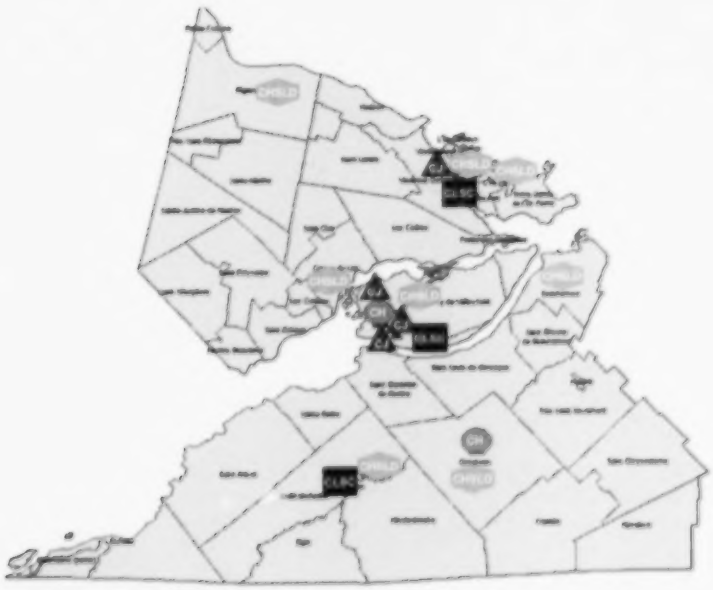
3.7 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DU SUROÎT

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	77
CLINIQUES MÉDICALES:	26
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES:	***16***
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ :	0
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	141



3.7 PROPOSITION POUR LA SOUS-RÉGION DU SUROÎT

NOMBRE DE RESSOURCES	
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES:	77
CLINIQUES MÉDICALES:	26
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES:	**16**
CHSLD PRIVÉ CONVENTIONNÉ :	0
NOMBRE DE PLACES	
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL:	141



SOUS-RÉGION DU SUROÎT

Territoires de CLSC : Seigneurie de Beauharnois (54 979), La Presqu'île (104 620) et Huntingdon (24 808).

LE PROFIL ET LES BESOINS DE LA POPULATION

- Population à desservir de 184 000 personnes en 2001. Il existe une différenciation significative entre les populations des trois territoires de la sous-région. Relativement aux besoins, le territoire de CLSC La Presqu'île est très favorisé (3e sur 14 en Montérégie), alors que les territoires de CLSC Huntingdon et Seigneurie de Beauharnois se situent à l'autre extrême (12e et 14e rangs respectivement). Près de 35 % de la population du territoire de CLSC Huntingdon est d'expression anglaise.
- L'utilisation des services est locale, sauf pour le territoire de CLSC La Presqu'île où le profil des hospitalisations de la population se partage selon deux axes. D'un côté, les résidents des municipalités du secteur nord-est du territoire, qui représentent 70 % de la population, consomment 75 % de leurs services hospitaliers à Montréal. De l'autre côté, la population des municipalités sud-ouest du territoire (limitrophe au territoire de CLSC Seigneurie de Beauharnois) consomme au CH Régional du Suroît 68 % de l'ensemble des hospitalisations qu'elle génère.

LES MODES D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La production de services est faite surtout au bénéfice de la population locale. La desserte du CH Régional du Suroît se décline comme suit : 57 % en provenance du territoire de CLSC Seigneurie de Beauharnois, 34,1 % du territoire de CLSC La Presqu'île et 6,8 % de celui du CLSC Huntingdon. Celle de l'Hôpital Barrie-Memorial se concentre dans le territoire de CLSC Huntingdon (77 %).
- Les dirigeants des établissements locaux conviennent de l'intérêt d'une intégration CLSC-CHSLD au sein de chaque territoire local, mais il n'existe pas de consensus clair entre les acteurs quant à la définition territoriale du réseau local de services et à la composition de l'instance locale. Les différents établissements locaux ont l'habitude de collaborer et la constitution d'un réseau local de services à l'échelle de l'ensemble de la sous-région du Suroît serait envisageable au plan administratif. Toutefois, puisque les établissements à mission CHSGS, CLSC et CHSLD du territoire de CLSC Huntingdon sont déjà regroupés, ils devraient être fusionnés, au sens de la loi, en un réseau local en soi.

LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE ET INTERSECTORIELLE LOCALE

- Découpage unique dans le territoire de CLSC La Presqu'île (MRC et commission scolaire) et tendance forte de la population du secteur nord-est du territoire à recourir aux services de l'Île de Montréal pour l'ensemble de ses activités.
- Découpage unique dans le territoire de CLSC Huntingdon (MRC et commission scolaire) et pratiques de concertation bien établies au niveau local.
- Concordance partielle entre le territoire de CLSC Seigneurie de Beauharnois et la MRC et partage de la commission scolaire avec le CLSC Huntingdon.

OPTIONS SOUMISES À LA CONSULTATION

Option A : Constituer deux réseaux locaux à l'échelle de la sous-région, l'un pour le territoire de CLSC Huntingdon, l'autre pour les territoires de CLSC Seigneurie de Beauharnois et La Presqu'île. Ceci rencontre les paramètres ministériels et offre des conditions favorables à une desserte hospitalière en Montérégie, mais pourrait s'inscrire en porte-à-faux par rapport à la dynamique locale et aux habitudes effectives de consommation de services.

Option B : Constituer trois réseaux locaux de services, soit un dans chacun des territoires de CLSC actuels et regrouper dans trois instances locales distinctes les établissements en place :

- Territoire local Seigneurie de Beauharnois : CLSC-CHSLD-CHSGS;
- Territoire local Huntingdon : CLSC-CHSLD-CHSGS (intégration déjà faite);
- Territoire local La Presqu'île : CLSC-CHSLD.

Une telle configuration implique nécessairement, pour le territoire de CLSC La Presqu'île, la conclusion d'ententes de services avec le CH Régional du Suroît et la région de Montréal-Centre, étant donné l'absence de CHSGS sur son territoire.

SYNTHÈSE DES AUDIENCES ET DES MÉMOIRES

SOUS-RÉGION DU SUROÎT

▫ NOMBRE DE MÉMOIRES REÇUS :	24
▫ NOMBRE DE PRÉSENTATIONS UNIQUEMENT ORALES (SANS MÉMOIRE) :	0
▫ NOMBRE TOTAL D'ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DANS CETTE SOUS-RÉGION :	49

CODES DES ACTEURS QUI SE SONT EXPRIMÉS

(1) Conseil des infirmiers et infirmières du CLSC Seigneurie de Beauharnois
(2) Centre de Santé de Rigaud
(3) Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent
(4) Conseil des infirmiers et infirmières, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil multidisciplinaire, Conseil du personnel auxiliaire et de soutien du CLSC La Presqu'île
(5) Comité exécutif du Collège des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Régional du Suroît
(6) CLSC La Presqu'île et Regroupement des CHSLD des Trois-Rives
(7) Les Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD)
(8) CLSC Seigneurie de Beauharnois
(9) Centre hospitalier Régional du Suroît
(10) Paroisse Saint-Thomas d'Aquin (Comité ad hoc des Églises chrétiennes de Hudson et des environs)
(11) Corporation de développement communautaire (CDC) de Vaudreuil-Soulanges
(12) Corporation de développement communautaire (CDC) du Haut Saint-Laurent
(13) Association des gens d'affaires de Soulanges
(14) Centre local de développement Beauharnois-Salaberry
(15) Corporation de développement communautaire (CDC) Beauharnois-Salaberry
(16) Ville de Salaberry-de-Valleyfield
(17) Maires des municipalités de Vaudreuil et de plusieurs municipalités de Soulanges
(18) Municipalités de Coteau-du-Lac, St-Zotique, Les Coteaux, Ste-Justine, Ste-Marthe, Rivière-Beaudette, St-Polycarpe, St-Télesphore, Rigaud, Pointe-Fortune
(19) Conseil multidisciplinaire du CLSC Seigneurie de Beauharnois
(20) Comité intersectoriel jeunesse de Vaudreuil-Soulanges
(21) Manoir Harwood
(22) MRC de Beauharnois-Salaberry
(23) Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil-Soulanges (GRAVES)
(24) Conseil multidisciplinaire du Regroupement des CHSLD des Trois-Rives

POSITION DES ACTEURS S'ÉTANT EXPRIMÉS DANS CETTE SOUS-RÉGION QUANT AU DEGRÉ AUQUEL ILS SEMBLENT SE RECONNAÎTRE DANS LA PROPOSITION DE L'AGENCE

OPTION	AUCUNEMENT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOTALEMENT
A	5 (2, 6, 11, 19)	2 (7, 24)	7 (5, 8, 9, 12, 15, 16, 22)	12 (13, 14, 18, 21)
B	19 (1, 5, 7, 8, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 22)		2 (11, 12)	25 (2, 3, 4, 6, 10, 17, 20, 23)
C				18 (1, 5, 7, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 22)

Options

Les tenants de l'option A (deux réseaux locaux) et de l'option C (un réseau local) présentent essentiellement une même argumentation.

Options A et C	Option B
Résumé de l'option A : Deux réseaux locaux 1. *Un réseau local couvrant le territoire de CLSC Huntingdon et regroupant le CLSC Huntingdon, le CH du Comté de Huntingdon et l'Hôpital Barrie-Memorial.* 2. *Un réseau local couvrant les territoires de deux CLSC et regroupant le CLSC La Presqu'île, le CLSC Seigneurie de Beauharnois, le Centre hospitalier Régional du Suroît, le Regroupement des CHSLD des Trois-Rives et Les Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD).*	**Résumé de l'option B : Trois réseaux locaux** 1. *Un réseau local couvrant le territoire de CLSC Huntingdon et regroupant le CLSC Huntingdon, le CH du Comté de Huntingdon et l'Hôpital Barrie-Memorial.* 2. *Un réseau local couvrant le territoire de CLSC La Presqu'île et regroupant le CLSC La Presqu'île et le Regroupement des CHSLD des Trois-Rives.* 3. *Un réseau local couvrant le territoire de CLSC Seigneurie de Beauharnois et regroupant les CLSC Seigneurie de Beauharnois, le CH régional du Suroît et Les Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD).*
Résumé de l'option C : Un réseau local 1. *Un réseau local couvrant l'ensemble de la sous-région du Suroît et regroupant l'ensemble des CLSC, CHSLD et CH présents dans le territoire.*	
Liste et nombre d'acteurs s'étant montrés favorables à l'option A : 19 ▫ *Comité exécutif du Collège des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Régional du Suroît* [5] ▫ *CLSC Seigneurie de Beauharnois* [8] ▫ *Centre hospitalier Régional du Suroît* [9] ▫ *Corporation de développement communautaire (CDC) du Haut Saint-Laurent* [12] ▫ *Association des gens d'affaires de Soulanges* [13] ▫ *Centre local de développement Beauharnois-Salaberry* [14] ▫ *Corporation de développement communautaire (CDC) Beauharnois-Salaberry* [15] ▫ *Ville de Salaberry-de-Valleyfield* [16] ▫ *Municipalités de Coteau-du-Lac, St-Zotique, Les Coteaux, Ste-Justine, Ste-Marthe, Rivière-Beaudette, St-Polycarpe, St-Télesphore, Rigaud, Pointe-Fortune* [18] ▫ *Manoir Harwood* [21] ▫ *MRC de Beauharnois-Salaberry* [22]	**Liste et nombre d'acteurs s'étant montrés favorables à l'option B :** 24 ▫ *Centre de Santé de Rigaud* [2] ▫ *Centre de santé et de services sociaux du Haut Saint-Laurent* [3] ▫ *Conseil des infirmiers et infirmières, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, Conseil multidisciplinaire, Conseil du personnel auxiliaire et de soutien du CLSC La Presqu'île* [4] ▫ *CLSC La Presqu'île et Regroupement des CHSLD des Trois-Rives* [6] ▫ *Paroisse Saint-Thomas d'Aquin (Comité ad hoc des Églises chrétiennes de Hudson et des environs)* [10] ▫ *Maires des municipalités de Vaudreuil et de plusieurs municipalités de Soulanges* [17] ▫ *Comité intersectoriel jeunesse de Vaudreuil-Soulanges* [20] ▫ *Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil-Soulanges (GRAVES)* [23]
Liste et nombre d'acteurs s'étant montrés favorables à l'option C : 18 ▫ *Conseil des infirmiers et infirmières du CLSC Seigneurie de Beauharnois* [1] ▫ *Comité exécutif du Collège des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier Régional du Suroît* [5] ▫ *Les Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD)* [7] ▫ *CLSC Seigneurie de Beauharnois* [8] ▫ *Centre hospitalier Régional du Suroît* [9] ▫ *Centre local de développement Beauharnois-Salaberry* [14] ▫ *Ville de Salaberry-de-Valleyfield* [16] ▫ *Municipalités de Coteau-du-Lac, St-Zotique, Les Coteaux, Ste-Justine, Ste-Marthe, Rivière-Beaudette, St-Polycarpe, St-Télesphore, Rigaud, Pointe-Fortune* [18] ▫ *Conseil multidisciplinaire du CLSC Seigneurie de Beauharnois* [19] ▫ *MRC de Beauharnois-Salaberry* [22]	

OPTIONS A ET C	OPTION B
LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI AUX OPTIONS A ET C : 0	LISTE ET NOMBRE D'ACTEURS AYANT VOTÉ DES RÉSOLUTIONS EN APPUI À L'OPTION B : 40
	▫
	▫ *Hébergement La Passerelle* ▫ *École Sainte-Trinité, Vaudreuil-Dorion* ▫ *Fondation du Centre d'accueil Vaudreuil* ▫ *Parents d'enfants handicapés avec difficultés d'adaptation ou d'apprentissage Vaudreuil-Dorion* ▫ *Office municipal d'habitation de Pincourt* ▫ *Maison des aînés, St-Polycarpe* ▫ *École François Perrot, Île Perrot* ▫ *Médecins du Centre de Santé de Rigaud* ▫ *Grand rassemblement des aînés de Vaudreuil-Soulanges (GRAVES)* ▫ *Centre d'action bénévole l'Actuel* ▫ *Centre de la petite enfance La Relève, V-S* ▫ *Municipalité de Notre-Dame-de-l'Île-Perrot* ▫ *Centre des femmes La Moisson* ▫ *Fondation du CLSC La Presqu'île* ▫ *Commission scolaire des Trois-Lacs* ▫ *Ville de Saint-Lazare* ▫ *Projet Sage, Pointe-Fortune* ▫ *Centre Notre-Dame-de-Fatima* ▫ *Forest Hill School, Saint-Lazare* ▫ *Corporation de développement communautaire (CDC) de Vaudreuil-Soulanges* ▫ *Café de la débrouille, Rigaud* ▫ *Caisse populaire de Vaudreuil* ▫ *Maison des jeunes de Vaudreuil-Dorion* ▫ *Paroisse de Sainte-Rose-de-Lima* ▫ *Liberté de choisir, Valleyfield* ▫ *Parrainage civique de Vaudreuil-Soulanges* ▫ *Centre d'action bénévole Soulanges* ▫ *Maison des jeunes, Les Cèdres* ▫ *Comité jeunesse La Presqu'île* ▫ *Aide momentanée pour urgences rigaudiennes* ▫ *Conseil d'établissement École Virginie-Roy, Pincourt* ▫ *Carrefour Jeunesse Emploi, Vaudreuil-Soulanges* ▫ *Fabrique de la Paroisse Notre-Dame-de-la-Protection* ▫ *Evergreen Elementary School, Saint-Lazare* ▫ *Hébergements La Station, Vaudreuil-Dorion* ▫ *Corporation du village de Vaudreuil-sur-le-Lac* ▫ *Municipalité de Terrasse-Vaudreuil* ▫ *Corporation de développement communautaire (CDC) du Haut Saint-Laurent* ▫ *MRC du Haut Saint-Laurent* ▫ *Centre local de développement du Haut Saint-Laurent*
LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) EN FAVEUR DE L'OPTION C : 4	LISTE ET NOMBRE D'APPUIS EXPRIMÉS (LETTRES, PÉTITIONS, ETC.) : 4
▫ *Employés des Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD) : dépôt d'une pétition de 185 signatures (en opposition à la scission des Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD)* ▫ *Commission scolaire Vallée-des-Tisserands* ▫ *Collège de Valleyfield* ▫ *CMDP du CLSC Seigneurie de Beauharnois*	▫ *Paroisse de Saint-Thomas d'Aquin : dépôt d'une pétition de 533 signatures de citoyens* ▫ *André Chenail, député de Huntingdon* ▫ *CEVESPA* ▫ *Groupes de médecins de Vaudreuil-Soulanges : dépôt de 83 signatures*

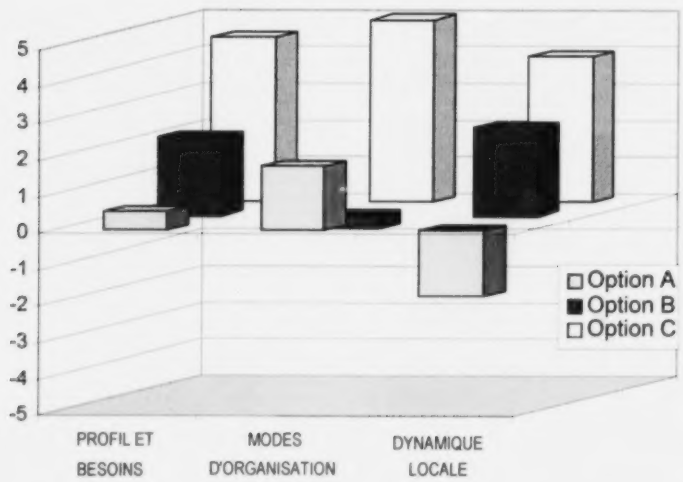
OPTIONS A ET C	OPTION B
POUR LES TENANTS DES OPTIONS A ET C ▫ *Pour assurer à la population du territoire du Suroît l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux, il faut mettre en place un réseau crédible, fort et complet. Il faut être visionnaire et non conservateur au moment de prendre cette décision d'avenir* [7] ▫ *Il faut miser sur les forces existantes et solidifier les acquis développés au cours des dernières années dans l'ensemble du Suroît. Il est essentiel de constituer un RLS dont le bassin de desserte comporte une masse critique de population. Il en va de la consolidation, voire de la possibilité de maintenir des services de première et de deuxième lignes pour la population* [8]. ▫ *La seule option optimale qui respecte pleinement l'esprit de la réforme est un scénario qui intègre l'ensemble du Suroît comme base populationnelle du RLS* [8]. *Cet avis est partagé par la majorité de ceux qui choisissent l'option A, celle-ci étant jugée comme un compromis acceptable* [5, 8, 9, 12, 15, 16, 22]. ▫ *Un acteur* [7] *rejette toutefois carrément l'option A en invoquant que :* • *l'assertion à l'effet que les établissements déjà constitués en « centre de santé », comme celui de Huntingdon, devenaient automatiquement un RLS ne semble plus tenir, car à ce jour, il y en aurait huit au Québec qui ne seraient pas liés à cette logique;* • *l'argument que 30 % de la population est anglophone dans le territoire de Huntingdon justifie un RLS spécifique, est questionnable. Dans les faits, 7 000 personnes sont anglophones dont 80 % sont bilingues, alors que les francophones sont 17 000.* ▫ *En somme, la logique et les arguments des tenants des options A et C sont globalement les mêmes, l'option d'un « Grand Suroît » (un seul RLS – option C) étant majoritairement considérée comme la meilleure, alors que l'option A est perçue, par la majorité, comme un compromis acceptable. Pour plusieurs d'entre eux, la création de trois RLS risque de transposer les guerres actuelles d'établissements en guerres de réseaux locaux.*	**POUR LES TENANTS DE L'OPTION B** ▫ *Le territoire de CLSC La Presqu'île est en soi une sous-région.* ▫ *Il n'y a pas un centre hospitalier qui, à lui seul, dessert une majorité de la population. La population de Vaudreuil, Rigaud et Hudson utilise majoritairement les services de Montréal, alors que celle de Soulanges utilise ceux de Valleyfield.* ▫ *Dans ce contexte, on considère qu'une instance locale sans centre hospitalier respecte les deux axes d'utilisation des services de la population.* ▫ *L'implantation d'un RLS dans le secteur La Presqu'île serait facilitée parce que recueillant un très large appui des établissements impliqués, des organismes communautaires et intersectoriels.*
1) Profil et besoins de la population ▫ *L'option « Grand Suroît » est avantageuse en termes de territoire et de taille de population* [5, 7, 16, 19, 22], *de masse critique populationnelle et professionnelle* [8], *de consolidation et développement du Centre hospitalier régional du Suroît* [15] *et de potentiel de développement de la région du Suroît* [22]. ▫ *Même s'il est vrai qu'une partie importante de la population de Vaudreuil, Hudson et Rigaud utilise les services de Montréal, le Ministre a par ailleurs affirmé que les gens pourront continuer de choisir où ils veulent recevoir les services.* ▫ *Compte tenu que la majorité de la population de Soulanges consomme ses services au Centre hospitalier Régional du Suroît, certains acteurs se demandent pourquoi la priver d'une représentation au conseil d'administration de l'instance dont le centre hospitalier fait partie* [13].	**1) Profil et besoins de la population** ▫ *Par sa position géographique particulière et sa composition sociodémographique, la région de Vaudreuil-Soulanges se distingue nettement de ses voisines* [2, 4, 11, 17] *en termes de revenu* [10], *d'âge* [10] *et de croissance de la population* [4, 11, 17] *ainsi que d'état de santé* [4, 11]. ▫ *L'appartenance de la majorité de ses municipalités à la communauté métropolitaine de Montréal* [17] *et le fort sentiment d'appartenance de sa population à Montréal* [4, 11, 17] *posent la question du rattachement de son éventuel RLS à un centre hospitalier de Montréal* [10]. ▫ *En lien avec les habitudes d'utilisation des services, il n'y a pas un centre hospitalier en particulier qui réponde majoritairement aux habitudes de consommation de la population. Il existe plusieurs corridors de services qui devront être maintenus pour permettre à la population d'avoir accès aux services de santé.*

OPTIONS A ET C	OPTION B
2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux ▫ *C'est l'option qui permet d'aller le plus loin dans les services intégrés [5, 18, 22], tout en limitant les écueils liés à :* • *la disproportion entre la première et la deuxième lignes et l'absence de deuxième ligne dans La Presqu'île [8];* • *la consommation de services à l'extérieur de la région [14, 19];* • *l'isolement de la population de Vaudreuil-Soulanges [9];* • *la gestion de 18 ententes de services;* • *l'absence de siège au conseil d'administration des instances pourvues d'un hôpital [13].* ▫ *Cette option favorise le partenariat et l'uniformité de l'offre de service [1] par opposition au morcellement et au potentiel de situations conflictuelles en cas de scission du territoire [7].* ▫ *L'option A est un compromis qui peut mettre fin au dérapage actuel, mais qui peut compromettre la pérennité des services à Huntingdon [8].* ▫ *Si la région est maintenue intégralement, tous les éléments essentiels pour la réussite du RLS sont disponibles [1].* ▫ *En cas de fractionnement en plusieurs réseaux locaux, on craint que la concurrence s'installe aux dépens de la collaboration souhaitée [1] ainsi que l'affaiblissement du Centre hospitalier Régional du Suroît [14].*	**2) Modes d'organisation des services de santé et services sociaux** ▫ *Le territoire s'est doté d'un réseau de première ligne basé sur l'omnipratique. À noter que l'indice d'hospitalisations évitables du territoire de CLSC La Presqu'île est l'un des plus bas, alors que celui de Seigneurie de Beauharnois est le plus élevé [2].* ▫ *Dans Vaudreuil-Soulanges, on préfère un réseau local de services pour le territoire de CLSC La Presqu'île avec de multiples corridors de services [2, 4, 17], ce qui constitue la meilleure garantie d'offrir des services intégrés à la population [6]. En outre, cela procure une meilleure position pour négocier avec les centres hospitaliers, entre autres, avec les plus performants [2, 4, 17].* ▫ *Dans le territoire naturel du CLSC La Presqu'île, une culture de partenariat unique s'est développée entre les organismes œuvrant auprès des jeunes [20].* ▫ *Les services donnés par les organismes sous-régionaux sont parfois insuffisants et peu adaptés parce que gérés de trop loin [11].* ▫ *Le territoire de CLSC La Presqu'île coïncide avec celui de la MRC et de la commission scolaire (tous).* ▫ *L'option B rallie les deux établissements du territoire de CLSC La Presqu'île : le CLSC La Presqu'île et le Regroupement des CHSLD des Trois-Rives [17].*
3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale ▫ *La diversité populationnelle de chaque sous-territoire n'est pas un handicap à la fusion [1].* ▫ *Le Centre hospitalier régional du Suroît offre déjà des services à La Presqu'île et certaines mesures additionnelles devront être prises pour accroître le sentiment d'appartenance de cette population, tel un centre ambulatoire à Vaudreuil [15].* ▫ *La majorité des organismes publics dessert le territoire du Suroît, comme par exemple le CÉGEP, l'Office du tourisme et le CRÉ [18].*	**3) Dynamique communautaire et intersectorielle locale** ▫ *Un RLS avec des ententes de services avec les centres hospitaliers de Valleyfield et de Montréal respecte le mouvement naturel des gens de la région [6].* ▫ *Dans Vaudreuil-Soulanges, il existe une culture de partenariat entre les organismes et de solides habitudes de concertation [11, 20]. La proximité géographique est un facteur déterminant pour l'établissement de rapports d'entraide entre les citoyens [20].* ▫ *L'option B ne suscitera pas d'opposition dans Vaudreuil-Soulanges [6].*
4) Autres remarques *Les trois thèmes suivants sont ressortis de l'argumentation originale des défenseurs des options A et C.* *1. Une décision en faveur d'un « Gand Suroît » constitue un levier socioéconomique pour la région qui se comporte déjà de façon solidaire dans le domaine de l'économie [16].* ▫ *Le Suroît est une région qui n'a pas le choix de se développer et de posséder un pôle fort, sinon elle est vouée à l'oubli [18];* ▫ *La mise en place de l'option A aurait des retombées positives en matière de santé et services sociaux, d'éducation, d'échanges intersectoriels et de ressources sociosanitaires [9, 16];* ▫ *L'option A favorise la survie et le développement de l'un des plus importants acteurs du territoire : le CH régional du Suroît, et son instauration aurait des retombées positives en matière d'attraction de main-d'œuvre professionnelle, d'offre de services et de développement socioéconomique durable, en plus d'offrir aux leaders économiques un partenariat intersectoriel solide [14].*	**4) Autres remarques** ▫ *Deux mémoires en provenance du Haut Saint-Laurent (Huntingdon) [3, 12] présentent une argumentation résolument en faveur d'un réseau local de services correspondant au territoire de CLSC du Haut Saint-Laurent. En ce qui a trait à la création de deux ou trois réseaux locaux pour le Suroît :* • *l'un [3] favorise l'option B en faisant ressortir, d'une part, qu'il y a une proportion importante d'anglophones dans Vaudreuil-Soulanges, ce qui milite en faveur d'un RLS spécifique pour la région Vaudreuil-Soulanges et, d'autre part, il [3] considère très important que les mesures soient prises pour s'assurer que le Centre hospitalier Régional du Suroît soit « fort »;* • *l'autre [12] est autant favorable à l'option A qu'à l'option B, en autant que soit créé un RLS pour le Haut Saint-Laurent.*

OPTIONS A ET C	OPTION B
2. Une masse critique minimale est nécessaire :	
▫ *Une décision en faveur d'un « Grand Suroît » permet le maintien d'une masse critique au niveau de la population, ce qui entraîne des effets positifs sur :* ▪ *l'offre* et la prestation des services; ▪ *la constitution d'équipes de spécialistes;* ▪ le dégagement de marges de manœuvre suffisantes pour les gestionnaires afin d'ajuster les services aux besoins de la population.	
▫ *La mise en place de technologies de l'information pour l'ensemble du réseau* [5, 7, 8, 9, 14, 22].	
3. Les ententes de services et la représentation de la population au conseil d'administration de l'instance :	
▫ *Les ententes de services devraient être exceptionnelles et non majoritaires entre les réseaux, sinon c'est le statu quo* [7, 18], *d'autant plus qu'elles ne garantiront pas la qualité des soins* [18].	
▫ *On se demande comment, avec 18 ententes de services et aucune représentation au conseil d'administration des instances où sont les centres hospitaliers, on pourra bénéficier de toutes les vertus que les tenants de l'option B annoncent* [1, 3].	
▫ *On croit que le pouvoir de représentation au conseil d'administration, proportionnel à la population, est une meilleure garantie que des ententes de services (exemples : Vaudreuil-Soulanges, 2/3 de la population et Beauharnois-Salaberry, 1/3)* [5].	

GRAPHIQUE SYNTHÈSE

Indice de confort à l'égard de la proposition de l'Agence des acteurs ayant participé à la consultation - Sous-région du Suroît - (n=49)



PROPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

RÉSEAU DU TERRITOIRE DE CLSC HUNTINGDON (I)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base du territoire actuel de CLSC Huntingdon et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC Huntingdon, le CH du Comté de Huntingdon et l'Hôpital Barrie-Memorial.

RÉSEAU DES TERRITOIRES DE CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS ET LA PRESQU'ÎLE (J)

Il est recommandé qu'un réseau local de services soit défini sur la base des territoires actuels de CLSC Seigneurie de Beauharnois et La Presqu'île et que l'instance locale regroupe l'ensemble des établissements présents dans le territoire, soit le CLSC La Presqu'île, le CLSC Seigneurie de Beauharnois, le Regroupement des CHSLD Des Trois-Rives et Les Centres du Haut Saint-Laurent (CHSLD) et le Centre hospitalier Régional du Suroît.

ENJEUX LIÉS À L'OPTION RETENUE

Même si l'hypothèse de créer trois réseaux locaux, dont un pour le territoire de CLSC La Presqu'île, répondait aux exigences de la Loi 25 et aux balises ministérielles, la présente recommandation est celle qui présente, à notre avis, le meilleur potentiel à terme pour assumer la responsabilité populationnelle en bâtissant des réseaux locaux de services forts et disposant de tous les leviers plutôt que des réseaux locaux de services tributaires de multiples ententes inter-réseaux. Les enjeux particuliers liés à cette recommandation sont :

LE TERRITOIRE DE CLSC DE HUNTINGDON COMPORTE TOUS LES ÉLÉMENTS LE QUALIFIANT POUR ÊTRE UN RÉSEAU LOCAL DE SERVICE :

- une population de taille suffisante, fortement attachée à ses institutions compte tenu de sa spécificité linguistique (35 % de la population est anglophone);
- la présence des trois missions déjà regroupées au sein d'un même établissement depuis déjà quelques années. Un processus d'intégration en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux est présentement en cours.

Pour assurer la pérennité et le développement de ce réseau local, un maillage étroit avec le réseau local voisin sera à maintenir et à développer.

On note la présence sur ce territoire d'une des installations de l'établissement des Centres du Haut Saint-Laurent-Ormstown, établissement qui fera partie de l'instance du réseau local défini sur la base des territoires de CLSC La Presqu'île et Seigneurie de Beauharnois et l'Agence souhaite que cette situation particulière soit étudiée par les deux réseaux locaux de services.

RECOMMANDATION ADDITIONNELLE

Établir à court terme une entente de services avec le réseau local dans lequel se retrouve le Centre hospitalier Régional du Suroît pour assurer la stabilisation et l'appui aux plateaux techniques et aux effectifs médicaux du réseau local de services du territoire de CLSC de Huntingdon.

LES ENJEUX PROPRES DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DES TERRITOIRES DE CLSC LA PRESQU'ÎLE ET SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS SONT DE TROIS ORDRES :

La population à desservir dans ce réseau local de services est d'environ 160 000 personnes (Seigneurie de Beauharnois, 55 000 et La Presqu'île, 105 000). L'utilisation des services est locale pour la population de Seigneurie de Beauharnois alors que pour celle de La Presqu'île, le profil d'utilisation se partage selon deux axes, soit :

- d'un côté, les résidents des municipalités du secteur nord-est du territoire, qui représentent 70 % de la population et consomment 75 % de leurs services hospitaliers à Montréal;

- de l'autre côté, la population des municipalités sud-ouest du territoire (limitrophe au territoire du CLSC Seigneurie de Beauharnois) consomme au CH Régional du Suroît près de 70 % de ses services hospitaliers.

Compte tenu du volume important de population concernée et de ses habitudes de consommation, des ententes de services devront être établies avec la région de Montréal. Ces ententes de services seront définitivement les plus importantes et les plus significatives de toutes celles de cette nature à convenir en Montérégie et ne devront cependant pas être une reconduction des ententes existantes : le niveau d'insatisfaction de cette population à l'égard des services qu'elle reçoit est l'un des plus élevés en Montérégie.

RECOMMANDATION ADDITIONNELLE

Pour faire en sorte que cette population ne soit lésée en aucune façon dans ses habitudes de consommation de services, il faudra établir à court terme des ententes de services avec les établissements montréalais (notamment avec le CH du Lakeshore) pour garantir l'accès aux services et accroître significativement le niveau de satisfaction de cette population à l'endroit des services qu'elle reçoit.

Compte tenu que dans la région de Vaudreuil, les acteurs communautaires, municipaux, intersectoriels et institutionnels ont clairement indiqué leur préférence pour la création d'un réseau local de services pour le territoire de CLSC La Presqu'île (Vaudreuil-Soulanges), des mesures précises devront être prises à la fois pour assurer la mobilisation du personnel ainsi que pour développer le sentiment d'appartenance de la population de la région de Vaudreuil à son réseau local.

Au niveau de la composition du conseil d'administration de l'instance locale, on devra certes assurer une représentativité adéquate de la région de Vaudreuil, proportionnelle à son poids populationnel.

RECOMMANDATION ADDITIONNELLE

Des dispositions devront être prises pour assurer que la composition du conseil d'administration de l'instance locale reflète le poids de la population du territoire de CLSC La Presqu'île et une représentativité adéquate.

Considérant que dans notre système de santé les citoyens ont et continueront d'avoir une entière liberté de choix, entre autres, de leur médecin et du centre hospitalier où ils désirent être soignés, il est invraisemblable de croire que les citoyens de la région de Vaudreuil voudront modifier leurs habitudes de consommation autrement qu'en ayant accès à des services hospitaliers de proximité. Par conséquent, afin d'assurer des services de santé appropriés et de proximité à la population de la région de Vaudreuil, des mesures concrètes devront être prises à court terme, entre autres, le développement d'un centre ambulatoire de services sur cette portion de territoire et toute autre mesure permettant à la population, si elle le désire, de considérer l'opportunité de modifier progressivement ses habitudes de consommation en faveur de son réseau local d'appartenance. À moyen et long terme, le développement de services de proximité partout en Montérégie nous apparaît offrir de meilleures garanties de services pour la population que les ententes de services avec des régions limitrophes.

RECOMMANDATION ADDITIONNELLE

Développer et implanter, dans les meilleurs délais, un centre ambulatoire dans le secteur géographique de Vaudreuil et identifier les autres mesures pertinentes à prendre pour accroître de façon significative la disponibilité des services de proximité pour cette population.

CHAPITRE 4

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

4. RÉUNIR LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

Au-delà de la question de la délimitation territoriale et de la composition de l'instance locale, le succès de la mise en œuvre des réseaux locaux exigera tout un ensemble d'actions spécifiques. Nous examinerons dans ce qui suit certaines des avenues qui ont retenu l'attention de l'Agence jusqu'à maintenant.

LE POINT DE VUE DES PARTENAIRES

Lors des audiences publiques tenues en Montérégie, les acteurs ont été invités à préciser les conditions de mise en œuvre ou de réalisation qui leur apparaissent les plus importantes. Celles-ci concernent le fonctionnement optimal des instances locales et l'application de l'approche en réseaux pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de leurs populations respectives.

D'entrée de jeu, plusieurs participants se sont exprimés sur la nécessité de rechercher la collaboration de tous les partenaires pour réaliser l'offre de service des instances locales. En d'autres termes, on ne peut plus accepter un fonctionnement en silo. Par conséquent, l'actualisation de l'approche réseau repose sur une vision inclusive de la contribution des médecins, des professionnels de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des établissements régionaux, des centres privés, des acteurs multisectoriels, etc.

Dans le contexte de sous-financement des services de santé et des services sociaux dans notre région, une autre condition gagnante devra être de consolider et de développer les ressources requises. Les gains de productivité et les développements technologiques ne sont pas perçus comme suffisants pour assurer l'atteinte des résultats attendus à la suite de ces changements, et ce, en raison de la progression significative des besoins qui est projetée dans notre région au cours des années à venir.

On insiste de plus sur l'importance de protéger les enveloppes budgétaires et de respecter les missions lors de l'organisation des services dans l'instance locale. Cette condition doit être interprétée comme étant un souci de préserver un équilibre entre les missions actuelles des établissements regroupés dans une instance locale. Un tel équilibre sera propice pour créer un momentum favorable à une meilleure intégration du continuum de services. L'objectif ultime est le développement d'une offre de service équilibrée au niveau local, autant en ce qui a trait aux services individuels qu'aux approches de santé publique ou de santé des populations, aux dimensions biomédicales qu'aux aspects psychosociaux et communautaires, au préventif qu'au curatif. En d'autres termes, on souhaite accorder sa juste place à chacun des volets du continuum d'intervention.

L'application de la loi 25 introduit dans l'évolution de notre système de santé et de services sociaux un angle de changement susceptible de générer, avec le temps, des améliorations significatives pour la santé de notre population. Il se dégage nettement, à la lumière des propos exprimés, une nécessité de dépasser les enjeux de structure. On considère impératif, à court et moyen terme, que les instances locales adoptent une vision commune qui soit centrée sur le client, enchâssées dans un « projet d'intervention local » dont les balises concrètes et mobilisatrices devront être précisées dans les plus brefs délais. Le déploiement de systèmes d'information clinique permettant une circulation de l'information entre les dispensateurs de soins en fonction des besoins et avec le consentement du client apparaît conséquemment comme une condition d'importance cruciale.

L'actualisation du développement proposé reposera fortement sur notre capacité à mobiliser nos ressources humaines. Dans le cas présent, le coefficient de difficulté est d'autant plus élevé que notre personnel a vécu de nombreux changements et que, dans le cadre de la loi 30, l'impression générale est qu'il sera essentiel de déployer des mesures particulières pour maintenir un niveau élevé de mobilisation de nos personnels.

La mise en œuvre devra également miser sur le leadership des dirigeants. Les caractéristiques personnelles et professionnelles recherchées lors de la sélection et du recrutement des nouveaux dirigeants devront être compatibles avec les finalités d'une réorganisation majeure des services de santé et des services sociaux dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Parmi les nombreuses autres conditions nommées par les participants, retenons également:

- Assurer la représentativité et la continuité des conseils d'administration;
- Soutenir les initiatives d'intégration, les acquis et les réussites en cours;
- Adopter des approches participatives, transparentes et démocratiques;
- Constituer des RLS ayant une masse critique suffisante en termes de population et qui soient arrimés aux réalités sociodémographiques;
- Réaliser des évaluations des effets et appuyer les décisions centrées sur les résultats obtenus.

Par ailleurs, on observe, relativement aux conditions de mise en œuvre que nous venons de présenter, une forte convergence des points de vue exprimés par les établissements et les regroupements régionaux et locaux. Cependant, les acteurs locaux insistent sur l'importance des conditions liées à la représentativité et à la continuité des conseils d'administration des instances locales, à la masse critique des populations concernées et à leurs caractéristiques sociodémographiques.

DES CONDITIONS PARTICULIÈRES POUR FAVORISER LA COLLABORATION AVEC LE MILIEU COMMUNAUTAIRE

La mise en place des réseaux de services interpelle vivement les organismes communautaires. D'emblée, précisons que, dans le cadre de la prestation de services et d'ententes à convenir avec les instances locales, les modalités de collaboration avec le milieu communautaire devront se réaliser en respectant l'autonomie de ces organismes et en observant les termes de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire, notamment en ce qui a trait au mode de financement.

Déjà, l'élaboration du cadre de collaboration portant sur les ententes de services avec les réseaux locaux est amorcée et les groupes communautaires sont associés étroitement à cette démarche. De concert avec les représentants des organismes communautaires, l'Agence précisera ainsi les balises qui encadreront les modalités de collaboration et de partenariat des organismes avec les nouvelles instances locales qui formeront dorénavant les assises du système de santé et des services sociaux en Montérégie. À cette fin, l'Agence a mis en place un comité composé de représentants du milieu communautaire et du réseau, dont la démarche vise l'accompagnement du réseau communautaire dans la mise en œuvre des nouvelles structures, notamment au regard de l'organisation des services.

Les travaux en cours portent également sur la production d'un portrait des organismes communautaires et bénévoles, tant aux niveaux local que régional, et traduit, entre autres, la contribution du mouvement communautaire à l'amélioration du tissu social et à la qualité de vie de la population en Montérégie, ainsi que leur contribution dans le domaine de la santé et des services sociaux. Au terme de ces travaux, un événement à caractère régional aura cours afin d'appuyer et de favoriser la reconnaissance de l'importance de l'action communautaire dans notre système de soins par tous les partenaires du réseau.

MOBILISER L'ENSEMBLE DES LEVIERS POUR SOUTENIR LE CHANGEMENT

Comme nous l'avons évoqué plus tôt dans ce rapport, l'Agence s'est engagée à travailler de pair avec les forces vives du réseau montérégien afin de faciliter la mise en œuvre la plus harmonieuse possible des modifications au mode de gouverne. Pour ce faire, des groupes de travail régionaux ont été mis en place sous l'égide du comité de pilotage conjoint Agence - Réseau pour le Projet de développement des réseaux locaux de services. De tels groupes s'affairent déjà sur les questions relatives aux ressources humaines, les ressources financières, les ressources immobilières et les ressources informationnelles.

D'autres sont envisagés afin de soutenir et encadrer l'élaboration du projet clinique en fonction des différents continuums d'intervention prioritaires.

Voilà qui résume les nombreux volets à considérer ou présentement en cours relativement aux conditions de mise en œuvre et de réalisation des changements proposés. Ces dossiers constitueront des balises éclairantes non seulement pour l'Agence, mais aussi pour les dirigeants des réseaux locaux de services et pour ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux qui auront à déployer en concertation un ensemble de moyens concrets pour soutenir la nécessaire émergence d'une nouvelle mission locale.

CHAPITRE 5

CONCLUSION

5. CONCLUSION

L'un des thèmes récurrents soulevés lors de la consultation a été l'importance pour les intervenants d'assurer le maintien des acquis au regard des « missions » qui devront cohabiter au sein de l'instance locale. Plusieurs ont aussi exprimé le souhait que des mécanismes de protection budgétaire soient institués afin d'appuyer ces mêmes orientations. Les arguments invoqués pourraient se résumer ainsi :

- protéger le préventif face au curatif, ce que l'on pressent comme très exigeant sur la base de l'expérience récente du virage ambulatoire;
- préserver les fragiles investissements dans les secteurs psychosociaux et socio-communautaires dans le contexte où le secteur biomédical pourrait s'accaparer la part du lion dans la nouvelle instance locale;
- poursuivre la volonté stratégique de renforcer la première ligne dans le contexte où les acteurs spécialisés pourraient avoir une contribution importante, voire prépondérante, dans la détermination des priorités et des choix budgétaires.

Toutes ces demandes qui ont été formulées sont compréhensibles, pertinentes et légitimes dans le contexte de l'importante vague de changement dans laquelle nous sommes engagés. Mais elles témoignent en même temps des nombreuses craintes, voire d'une certaine hésitation à aller de l'avant avec le projet d'intégration qui est à l'ordre du jour. Les représentantes de la Commission infirmière régionale soulignaient en ce sens avec beaucoup de justesse l'importance d'aller au-delà de nos réflexes de protection des acquis pour mieux faire naître la nouvelle mission qui devra animer les réseaux locaux de services. L'un des enjeux cruciaux pour le succès des réseaux locaux de services résidera dans la capacité des acteurs à dépasser les actuelles frontières des missions organisationnelles particulières pour se donner une nouvelle « mission locale de proximité » qui permettra le développement d'une offre globale de service intégré, regroupant en un tout cohérent un continuum équilibré d'interventions de prévention, de services de première ligne, de services spécialisés, de réadaptation et de soutien. Un autre enjeu sera d'apprendre collectivement à réorienter nos actions pour en améliorer l'impact sur la santé de la population dont nous sommes responsables.

Pourra-t-on assister à l'émergence de cette nouvelle mission locale de services globaux et intégrés de proximité pour une population définie? Saura-t-on accorder une place équitable aux différents volets d'intervention en fonction des besoins réels de la population du territoire tout en préservant les acquis du passé? Il s'agit là d'une préoccupation de fond qui transcende la question de la définition du territoire local, et même celle de l'instance locale. Voilà sans nul doute un défi primordial qu'il nous reviendra à tous de relever collectivement dans les phases ultérieures du projet de développement des réseaux locaux.

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone: (450) 928-6777
www.rrsss16.gouv.qc.ca

Réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts
	CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec
	CLSC Châteauguay
	CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes
	CLSC des Maskoutains
	CLSC de la MRC d'Acton

Réseau	Territoire(s) inclus
G	CLSC Saint-Hubert
	CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest
	CLSC Simonne-Monet-Chartrand
	CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois
	CLSC La Presqu'île

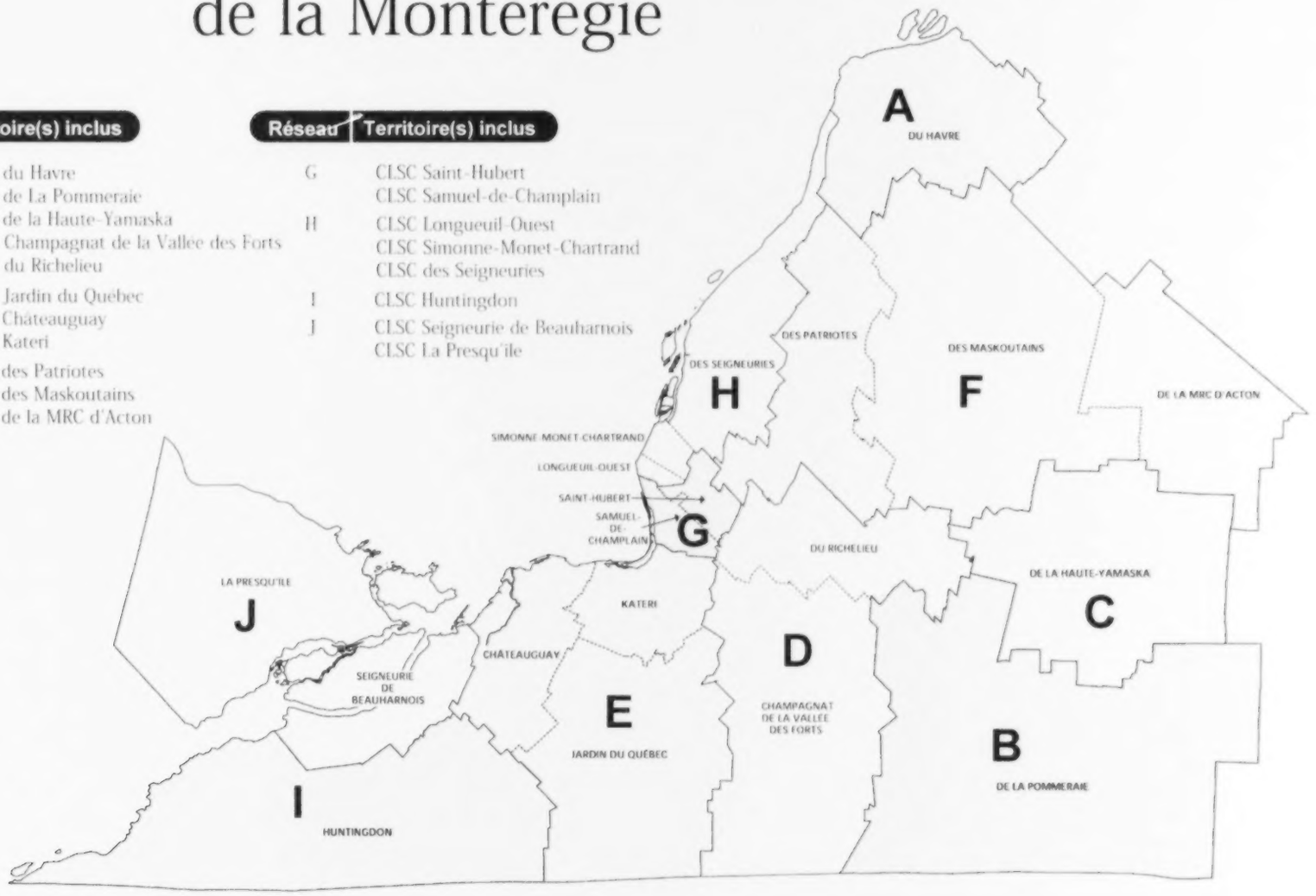
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec Montérégie

DPAE avril 2004

Réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts
	CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec
	CLSC Châteauguay
	CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes
	CLSC des Maskoutains
	CLSC de la MRC d'Acton

Réseau	Territoire(s) inclus
G	CLSC Saint-Hubert
	CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest
	CLSC Simonne-Monet-Chartrand
	CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois
	CLSC La Presqu'île



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec

Réseaux locaux

de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec CLSC Châteauguay CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes CLSC des Maskoutains CLSC de la MRC d'Acton
G	CLSC Saint-Hubert CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île

Réseau par territoire de CLSC	Population desservie	% de la Montérégie	Taux d'accroissement de la population (2001-2011)	Superficie totale du territoire	Densité de la population	Établissements de l'instance locale	Autres établissements (mode d'implication des établissements régionaux à définir)	Org. communautaires	Cliniques médicales	Médecins omnipraticiens (en ETP)	Lits de courte durée	Lits de longue durée	RNI-PAPA	Dépenses en $ (établissements de l'instance)	Dépenses globales en $ (établissements de l'instance)	Nbre total d'employés dans l'instance locale (en ETP)
A du Havre	50 773	3,83 %	-8,45 %	593 km²	86 / km²	CLSC du Havre CHSLD du Bas-Richelieu Hôtel-Dieu de Sorel	Résidence Sorel-Tracy Inc.	31	14	44,6	134	294	87	Mission CLSC : 8 081 166 Mission CHSLD : 18 165 459 Mission CH : 45 122 148	71 368 773	1 118,9
B de La Pommeraie	50 467	3,81 %	0,78 %	1 548 km²	33 / km²	CLSC-CHSLD de La Pommeraie Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		35	8	58,9	79	260	10	Mission CLSC : 10 036 096 Mission CHSLD : 15 359 693 Mission CH : 27 994 406	53 390 195	805,5
C de la Haute-Yamaska	84 248	6,36 %	4,65 %	755 km²	112 / km²	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska CH de Granby	Centre gériatrique Courville Inc.	32	12	75,8	112	321	47	Mission CLSC : 11 125 191 Mission CHSLD : 9 717 547 Mission CH : 55 537 268 *(avec lits LD)*	76 380 006	1 195,6
D Champagnat de la Vallée des Forts, du Richelieu	154 032	11,63 %	2,72 %	1 491 km²	103 / km²	CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu Hôpital du Haut-Richelieu Centre Rouville		54	26	127,8	267	580	150	Mission CLSC : 23 769 842 Mission CHSLD : 21 549 751 Mission CH : 95 909 224 *(avec lits LD)*	141 228 817	1 921,9
E Jardin du Québec, Châteauguay, Kateri	178 991	13,5 %	6,3 %	1 220 km²	147 / km²	CLSC Kateri CLSC Châteauguay CLSC Jardin du Québec CHSLD Trèfle d'Or CH Anna-Laberge	CHSLD Jean-Louis-Lapierre Inc. Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay Florence Groulx Inc.	45	21	125	201	542	98	Mission CLSC : 22 456 620 Mission CHSLD : 17 908 850 Mission CH : 63 829 436	104 194 906	1 473,7
F des Patriotes, des Maskoutains, de la MRC d'Acton	192 754	14,55 %	3,16 %	2 405 km²	80 / km²	CLSC-CHSLD des Maskoutains CLSC-CHSLD des Patriotes CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement Champlain-Beloeil Accueil du Rivage Inc.	69	26	151,6	202	846	131	Mission CLSC : 25 509 543 Mission CHSLD : 21 996 835 Mission CH : 108 541 297 *(avec lits LD)*	156 047 675	2 431,7
G Saint-Hubert, Samuel-de-Champlain	194 659	14,69 %	6,0 %	269 km²	724 / km²	CLSC Samuel-de-Champlain CLSC Saint-Hubert CHSLD de la MRC de Champlain	CA Marcelle-Ferron Vigi Santé Ltée Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	42	32	108,4		669	34	Mission CLSC : 24 909 797 Mission CHSLD : 20 081 135	44 990 932	678,3
							Hôpital Charles LeMoyne			44,8	335			Mission CH : 135 246 290		2004,3
H Longueuil-Ouest, Simonne-Monet-Chartrand, des Seigneuries	234 468	17,69 %	2,89 %	457 km²	513 / km²	CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC Longueuil-Ouest CLSC des Seigneuries Centres d'hébergement de Longueuil CHSLD du Littoral CH Pierre-Boucher		82	41	214,8	295	885	123	Mission CLSC : 28 277 713 Mission CHSLD : 50 486 741 Mission CH : 84 688 915	163 453 369	2 636,7
I Huntingdon	24 808	1,87 %	- 0,12 %	1 146 km²	22 / km²	CSSS du Haut-Saint-Laurent (CLSC Huntingdon, CH du comté de Huntingdon, Hôp. Barrie-Memorial)		13	5	14,9	42	124	15	Mission CLSC : 4 288 221 Mission CHSLD : 3 663 232 Mission CH : 8 060 055	16 011 508	258,1
J Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'île	159 599	12,04 %	6,47 %	1 314 km²	121 / km²	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île Centres du Haut Saint-Laurent CHSLD Des Trois-Rives CH Régional du Suroît		62	21	107,9	175	645	87	Mission CLSC : 21 677 647 Mission CHSLD : 39 185 322 Mission CH : 58 023 155 *(avec lits LD)*	118 886 124	1 871,4

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec Montérégie

DPAP - Avril 2004

Réseaux locaux

de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Réseau	Territoire(s) inclus
A	CLSC du Havre
B	CLSC de La Pommeraie
C	CLSC de la Haute-Yamaska
D	CLSC Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu
E	CLSC Jardin du Québec CLSC Châteauguay CLSC Kateri
F	CLSC des Patriotes CLSC des Maskoutains CLSC de la MRC d'Acton
G	CLSC Saint-Hubert CLSC Samuel-de-Champlain
H	CLSC Longueuil-Ouest CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC des Seigneuries
I	CLSC Huntingdon
J	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île

Réseau par territoire de CLSC	Population desservie	% de la Montérégie	Taux d'accroissement de la population (2001-2011)	Superficie totale du territoire	Densité de la population	Établissements de l'instance locale	Autres établissements (mode d'implication des établissements régionaux à définir)	Org. communautaires	Cliniques médicales	Médecins omnipraticiens (en ETP)	Lits de courte durée	Lits de longue durée	RNI-PAPA	Dépenses en $ (établissements de l'instance)	Dépenses générales en $ (établissements de l'instance)	Nbre total d'employés dans l'instance locale (en ETP)
A du Havre	50 773	3,83 %	-8,45 %	593 km²	86 / km²	CLSC du Havre CHSLD du Bas-Richelieu Hôtel-Dieu de Sorel	Résidence Sorel-Tracy Inc.	31	14	44,6	134	294	87	Mission CLSC : 8 081 166 Mission CHSLD : 18 165 459 Mission CH : 45 122 148	71 368 773	1 118,9
B de La Pommeraie	50 467	3,81 %	0,78 %	1 548 km²	33 / km²	CLSC-CHSLD de La Pommeraie Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins		35	8	58,9	79	260	10	Mission CLSC : 10 036 096 Mission CHSLD : 15 359 693 Mission CH : 27 994 406	53 390 195	805,5
C de la Haute-Yamaska	84 248	6,36 %	4,65 %	755 km²	112 / km²	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska CH de Granby	Centre gériatrique Courville Inc.	32	12	75,8	112	321	47	Mission CLSC : 11 125 191 Mission CHSLD : 9 717 547 Mission CH : 55 537 268 *(avec lits LD)*	76 380 006	1 195,6
D Champagnat de la Vallée des Forts, du Richelieu	154 032	11,63 %	2,72 %	1 491 km²	103 / km²	CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts CLSC du Richelieu Hôpital du Haut-Richelieu Centre Rouville		54	26	127,8	267	580	150	Mission CLSC : 23 769 842 Mission CHSLD : 21 549 751 Mission CH : 95 909 224 *(avec lits LD)*	141 228 817	1 921,9
E Jardin du Québec, Châteauguay, Kateri	178 991	13,5 %	6,3 %	1 220 km²	147 / km²	CLSC Kateri CLSC Châteauguay CLSC Jardin du Québec CHSLD Trèfle d'Or CH Anna-Laberge	CHSLD Jean-Louis-Lapierre Inc. Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay Florence Groulx Inc.	45	21	125	201	542	98	Mission CLSC : 22 456 620 Mission CHSLD : 17 908 850 Mission CH : 63 829 436	104 194 906	1 473,7
F des Patriotes, des Maskoutains, de la MRC d'Acton	192 754	14,55 %	3,16 %	2 405 km²	80 / km²	CLSC-CHSLD des Maskoutains CLSC-CHSLD des Patriotes CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Centre d'hébergement Champlain-Beloeil Accueil du Rivage Inc.	69	26	151,6	202	846	131	Mission CLSC : 25 509 543 Mission CHSLD : 21 996 835 Mission CH : 108 541 297 *(avec lits LD)*	156 047 675	2 431,7
G Saint-Hubert, Samuel-de-Champlain	194 659	14,69 %	6,0 %	269 km²	724 / km²	CLSC Samuel-de-Champlain CLSC Saint-Hubert CHSLD de la MRC de Champlain	CA Marcelle-Ferron Vigi Santé Ltée Centre d'hébergement Champlain Rive-Sud	42	32	108,4		669	34	Mission CLSC : 24 909 797 Mission CHSLD : 20 081 135	44 990 932	678,3
							Hôpital Charles LeMoyne			44,8	335			Mission CH : 135 246 290		2004,3
H Longueuil-Ouest, Simonne-Monet-Chartrand, des Seigneuries	234 468	17,69 %	2,89 %	457 km²	513 / km²	CLSC Simonne-Monet-Chartrand CLSC Longueuil-Ouest CLSC des Seigneuries Centres d'hébergement de Longueuil CHSLD du Littoral CH Pierre-Boucher		82	41	214,8	295	885	123	Mission CLSC : 28 277 713 Mission CHSLD : 50 486 741 Mission CH : 84 688 915	163 453 369	2 636,7
I Huntingdon	24 808	1,87 %	- 0,12 %	1 146 km²	22 / km²	CSSS du Haut-Saint-Laurent (CLSC Huntingdon, CH du comté de Huntingdon, Hôp. Barrie-Memorial)		13	5	14,9	42	124	15	Mission CLSC : 4 288 221 Mission CHSLD : 3 663 232 Mission CH : 8 060 055	16 011 508	258,1
J Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'île	159 599	12,04 %	6,47 %	1 314 km²	121 / km²	CLSC Seigneurie de Beauharnois CLSC La Presqu'île Centres du Haut Saint-Laurent CHSLD Des Trois-Rives CH Régional du Suroît		62	21	107,9	175	645	87	Mission CLSC : 21 677 647 Mission CHSLD : 39 185 322 Mission CH : 58 023 155 *(avec lits LD)*	118 886 124	1 871,4

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec

DPAP - Avril 2004